



Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

RAPPORT D'ANALYSE DE L'ACCÈS  
AUX SOINS DENTAIRES AU QUÉBEC

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-85914-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

## Rédaction :

*Les rédacteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.*

- Élise Bertrand, dentiste-conseil, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

## Collaborateurs à la rédaction :

- Stéphanie Morneau, dentiste-conseil, Direction générale de santé publique (DGSP)
- Isabelle Daoust, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), DGAUMIP

## Membres du comité consultatif :

### Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Élise Bertrand, dentiste-conseil, mandataire du comité (ateliers 1 à 5)
- Ilhem Bouzida, conseillère en ruptures de services médicaux spécialisés, comandataire (ateliers 1 à 4)
- Isabelle Daoust, APPR, comandataire (atelier 5)
- Daniel Gauthier, actuaire (ateliers 3 à 5)
- Stéphanie Morneau, dentiste en santé publique (ateliers 1 à 5)
- Lucie Poitras, directrice générale, Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP

### Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) :

- Marie Lachance, dentiste-conseil, chef d'équipe (ateliers 1 à 5)

### Milieux d'enseignement :

- Christophe Bedos, chercheur en accès aux soins dentaires, Université McGill (ateliers 1 à 5)
- Cathia Bergeron, doyenne, Université Laval (ateliers 1 à 5)
- Elham Emami, doyenne, Université McGill (ateliers 1 à 5)
- Shahrokh Esfandiari, doyen, Université de Montréal (ateliers 1 à 3)
- Marie-Pier Lussier, hygiéniste dentaire enseignante, Cégep de Saint-Hyacinthe (ateliers 2 à 5)
- Hélène Péloquin, hygiéniste dentaire enseignante, Cégep de Saint-Hyacinthe (atelier 1)

### Ordre des dentistes du Québec (ODQ) :

- Barry Dolman, président sortant (atelier 1)
- Guy Lafrance, président (ateliers 2 à 5)

### Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) :

- Diane Duval, présidente sortante (ateliers 1 à 4)
- Jean-François Lortie, président (atelier 5)

### Association des chirurgiens dentistes du Québec :

- Serge Langlois, président sortant (atelier 1)

### Établissements :

- Marie-Ève Asselin, dentiste pédiatrique, CHU Sainte-Justine (ateliers 1, 2, 3 et 5)
- Sylvie Gagnon, dentiste en santé publique, CISSS de la Gaspésie (ateliers 1, 3, 4 et 5)
- Claude Gagné, cadre intermédiaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale (ateliers 1 à 4)
- Christine Lacroix, chef d'activités du programme SAPA, CISSS de la Montérégie-Centre (atelier 1)
- Hélène Lamonde, dentiste, Centre jeunesse de Montréal (ateliers 1 à 4)
- Annie Marleau, dentiste, Hôpital de Montréal pour enfants (ateliers 1 à 5)

### Usagères partenaires :

- Houda Feguery, usagère partenaire (ateliers 1, 2, 4 et 5)
- Anick Element, usagère partenaire (atelier 1)

### Milieu communautaire :

- Sophie Paquin-Petitjean, hygiéniste dentaire, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (ateliers 1 à 4)
- Ève-Line Toupin, organisatrice communautaire, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (atelier 5)
- Louise Couture, dentiste, Centre dentaire communautaire de Québec (ateliers 1 à 5)

## **Membres du comité de consultation de la population :**

### **MSSS :**

- Élise Bertrand, dentiste-conseil
- Ilhem Bouzida, conseillère en ruptures de services médicaux spécialisés

### **Établissements :**

- Sylvie Gagnon, dentiste en santé publique, CISSS de la Gaspésie
- Martin Généreux, dentiste en santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Elisabeth Giraudo, dentiste en santé publique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- Catherine Hamelin, dentiste en santé publique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

### **Usagère partenaire :**

- Houda Feguery, usagère partenaire

### **Milieu communautaire :**

- Sophie Paquin-Petitjean, hygiéniste dentaire, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

## **Autres collaborateurs :**

- Daniel Gauthier, actuaire, Direction générale des ressources humaines et de la rémunération (DGRHR), MSSS
- Conseil pour la protection des malades

## TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	1
2.	Contexte .....	1
2.1	Programmes et financement.....	1
2.2	Conséquences et étendue des besoins .....	4
2.3	Enjeux .....	5
2.4	Approches de réduction des inégalités .....	6
2.4.1	Approche universelle.....	6
2.4.2	Approche ciblée.....	6
2.4.3	Universalisme proportionné.....	6
3.	Analyse des besoins et des priorités .....	7
3.1	Objectifs.....	7
3.2	Cadre théorique.....	7
3.3	Méthodologie .....	8
3.3.1	Analyse des données administratives .....	9
3.3.2	Revue de la littérature sur les types d'organisation des soins dentaires dans le monde	9
3.3.3	Méthode qualitative (comité consultatif) .....	9
3.3.4	Approche participative .....	11
3.3.5	Approche mixte (consultation de la population).....	12
3.3.6	Complémentarité des méthodes.....	14
3.4	Résultats et analyse.....	15
3.4.1	Analyse des données administratives et du sondage aux établissements.....	15
3.4.2	Revue de la littérature sur les types d'organisation des soins dentaires dans le monde	16
3.4.3	Méthode qualitative (comité consultatif) (annexes 4 à 8).....	20
3.4.4	Approche mixte (consultation de la population).....	30
4.	Planification.....	35
4.1	Recommandations.....	36
4.2	Priorités d'action (à moduler en fonction des possibilités et des enjeux) .....	36
4.2.1	Réviser la gouvernance, l'organisation et les effectifs en établissement .....	37
4.2.2	Développer un réseau de cliniques dentaires communautaires de première ligne	37
4.2.3	Organiser un réseau de soins dentaires à domicile (SAD).....	39

4.2.4	Établir une stratégie d'organisation des services dentaires préventifs et curatifs des communautés conventionnées.....	39
4.2.5	Organiser les soins dentaires pour les régions éloignées et la télédentisterie .....	39
4.2.6	Analyser l'accès aux soins dentaires en lien avec les maladies rares.....	39
4.2.7	Réviser le programme de prothèses maxillofaciales.....	39
4.2.8	Sensibiliser à l'accès aux soins dentaires.....	40
4.2.9	Réorganiser les soins dentaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles en centre jeunesse .....	40
4.2.10	Réorganiser la prise en charge de la carie de la petite enfance.....	40
5.	Conclusion .....	41
	Annexe 1 : Formulaire de collecte de données utilisé auprès des établissements.....	42
	Annexe 2 : Questionnaire du sondage en ligne.....	43
	Annexe 3 : Ébauche de questionnaire pour les groupes de discussion avec la population..	48
	Annexe 4 : Atelier 1 du comité consultatif .....	50
	Annexe 5 : Atelier 2 du comité consultatif.....	51
	Annexe 6 : Atelier 3 du comité consultatif .....	52
	Annexe 7 : Atelier 4 du comité consultatif .....	53
	Annexe 8 : Atelier 5 du comité consultatif (rencontre finale).....	54
	Références .....	55

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des principaux services dentaires offerts par le gouvernement du Québec .....	2
Tableau 2 : Proportion des enfants ayant reçu des services dentaires selon l'âge en 2017 .....	4
Tableau 3 : Objectifs de l'analyse de l'accès aux soins dentaires et questions associées.....	7
Tableau 4 : Thèmes abordés au comité consultatif d'analyse de l'accès aux soins dentaires .....	10
Tableau 5 : État de situation des soins dentaires en établissement au Québec en 2019-2020.....	15
Tableau 6 : Estimation des dépenses et de l'utilisation des services dentaires (clin comm = cliniques en milieu communautaire).....	19
Tableau 7 : Analyse de l'atelier 1.....	20
Tableau 8 : Analyse de l'atelier 3 concernant les lieux .....	22
Tableau 9 : Analyse de l'atelier 3 concernant la gestion.....	23
Tableau 10 : Analyse de l'atelier 3 concernant la contribution financière des patients .....	24

**LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Pourcentage des dépenses dentaires financées par le privé dans le monde .....3

Graphique 2 : Utilisation, au Canada, des services dentaires selon le statut d'« assurés » ou de « non-assurés »,  
concernant les assurances dentaires privées .....3

Graphique 3 : Distribution approximative de la population en fonction de sa façon d'accéder aux soins dentaires  
de première ligne .....4

Graphique 4 : Efficience dans les pays hautement développés en 2012 (tiré de Sackael) .....17

Graphique 5 : Réponses à la question 1 .....30

Graphique 6: Réponses à la question 3 .....31

Graphique 7: Réponses à la question 6 .....33

Graphique 8 : Réponses à la question 7 .....34

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Classification des barrières à l'accès aux soins dentaires.....	5
Figure 2 : Cadre conceptuel inspiré de Donabedian, 1973, p. 209 <sup>16</sup> .....	8
Figure 3 : Organigramme méthodologique .....	8
Figure 4 : Complémentarité des méthodes utilisées.....	15
Figure 5 : Exemples de pays offrant une couverture publique plus étendue qu'au Québec.....	17
Figure 6 : Types de professionnels avec qui les professionnels du domaine dentaire devraient collaborer, selon le comité, et nombre d'occurrences entre parenthèses.....	25
Figure 7 : Type de collaboration selon les catégories de professionnels en interdisciplinarité.....	26
Figure 8 : Différents professionnels dentaires impliqués dans un modèle de clinique dentaire.....	27
Figure 9 : Intégration de représentants de la population .....	27
Figure 10 : Tâches terrain à réaliser par les étudiants .....	28
Figure 11 : Avantages personnels pour les étudiants .....	29
Figure 12 : Priorités d'action.....	36
Figure 13 : Exemple de modèle – cliniques dentaires communautaires de première ligne .....	38

## FAITS SAILLANTS

- Les services dentaires assurés par le gouvernement au Québec concernent certains groupes précis de la population. Les inégalités d'accès, principalement liées au revenu, sont démontrées :
  - Environ 27 % des adultes québécois n'ont pas recours aux services dentaires en raison du coût<sup>1</sup>.
- De nombreux types d'organisations de soins dentaires existent dans le monde. Plusieurs juridictions offrent une couverture publique plus étendue et un accès plus facile aux soins dentaires qu'au Québec.
- Un comité consultatif a été constitué dans le cadre de la démarche d'analyse de l'accès aux soins dentaires. Voici quelques constats de ce comité :
  - Bien qu'une couverture universelle des soins dentaires soit proposée par plusieurs membres du comité, ce dernier souhaite prioriser les Québécois éprouvant des difficultés d'accès. Parmi les différentes barrières à l'accès aux soins dentaires, la barrière financière est la plus importante, car elle touche une proportion importante de la population n'ayant pas accès aux soins dentaires.
  - Les soins préventifs et curatifs de première ligne devraient être priorités.
  - Les services de proximité sont importants ainsi que la diversité des lieux de dispensation des services. Les préférences quant aux lieux de dispensation des services vont vers les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les services de soutien à domicile.
  - Plusieurs liens interprofessionnels auraient avantage à être développés avec différents types de professionnels, de même que des corridors de services.
  - Il est essentiel d'intégrer la population, soit au sein de comités d'usagers ou de citoyens, ou du conseil d'administration, le cas échéant, soit pour travailler directement sur les lieux de dispensation des services.
  - L'implication des milieux d'enseignement, tels que les universités, les cégeps et les centres de formation professionnelle, est importante.
- La population a été sondée dans le cadre de la démarche d'analyse de l'accès aux soins dentaires. Voici quelques constats de ce sondage :
  - Une couverture préventive et curative de première ligne pour l'ensemble de la population semble être la volonté des répondants, avec une priorisation des populations à faible revenu.
  - Un système d'urgence dentaire pour l'ensemble de la population devrait être instauré.
  - Des programmes de sensibilisation de la population quant aux services assurés devraient être créés.
  - Des programmes de sensibilisation des professionnels devraient être créés :
    - Formation des professionnels des soins dentaires sur les inégalités sociales;
    - Développement de mesures de prévention clinique auprès d'autres types de professionnels.
- La réorganisation proposée à la suite de la démarche d'analyse comprend la création de cliniques dentaires communautaires de première ligne, une analyse de la prise en charge des maladies rares avec conséquences buccodentaires, une réorganisation des soins dentaires pour les personnes en centre jeunesse, une réorganisation des soins dentaires pour les personnes avec des problèmes de santé mentale, une organisation des soins dentaires en régions éloignées, une organisation des services de soutien à domicile, une organisation des services dans les communautés conventionnées et une réorganisation de la prise en charge de la carie de la petite enfance.

## 1. INTRODUCTION

De nombreuses sorties médiatiques ces dernières années en témoignent : l'accès aux soins dentaires est un sujet d'intérêt au Québec. En tenant compte des données publiées dans la littérature scientifique et en fonction de l'expérience de la population québécoise, un constat d'accès limité aux soins buccodentaires au Québec s'impose.

Pour le moment, les services dentaires assurés par le gouvernement concernent des services précis pour certains groupes. Les inégalités d'accès, principalement liées au revenu, sont démontrées. L'accès aux soins dentaires doit être analysé sous plusieurs angles. L'analyse de l'accès aux soins dentaires vise donc à : 1) circonscrire la problématique de l'accès aux soins buccodentaires au Québec; 2) dresser un portrait des services et des ressources actuels en établissement et hors établissement; 3) proposer des modèles de soins améliorant l'accès aux soins dentaires.

Il est tout d'abord important de comprendre le contexte des soins dentaires au Québec en décrivant les programmes existants, le financement des soins dentaires, l'étendue des besoins, les conséquences du manque d'accès et les enjeux qui influent sur l'accès aux soins dentaires au Québec. Par la suite, trois méthodes complémentaires permettant l'analyse de l'accès aux soins dentaires sont utilisées : 1) la méthode qualitative; 2) la méthode de recherche communautaire et participative; et 3) la méthode mixte. Les résultats découlant de ces méthodes sont présentés, et une planification de l'amélioration de l'accès aux soins dentaires est proposée.

## 2. CONTEXTE

### 2.1 Programmes et financement

Tout d'abord, pour apprécier l'accès aux soins dentaires, il est nécessaire de connaître les services offerts au Québec. Le tableau 1 résume les principaux programmes de soins dentaires offerts par le gouvernement ainsi que les populations visées par ces programmes. À la lecture du tableau 1, on peut constater que la proportion de la population pouvant bénéficier de services dentaires assurés par le gouvernement est d'approximativement 20 %.

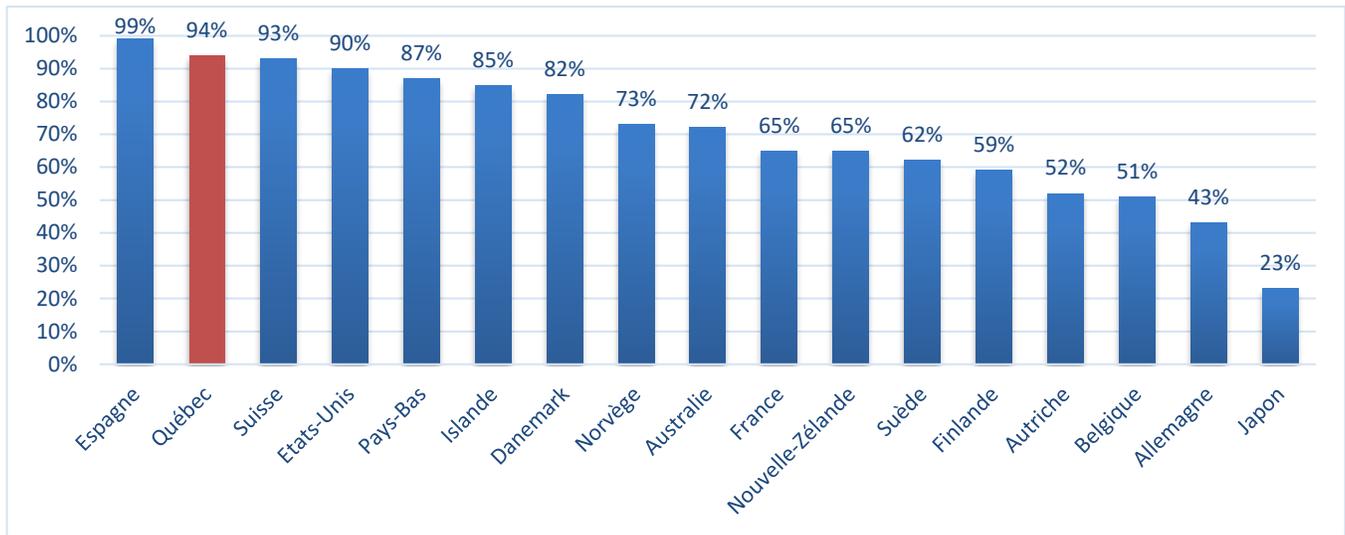
En effet, les soins buccodentaires sont essentiellement privés au Québec. La proportion des dépenses totales en soins dentaires au Canada occupée par le secteur privé était de 94 %<sup>2</sup> au Québec en 2016, une des proportions les plus élevées dans le monde (graphique 1).

L'accès aux soins buccodentaires est principalement limité par la capacité de payer ou le fait de détenir ou non une assurance dentaire. L'accès à une assurance privée suit un gradient social (graphique 2). En définitive, en 2016, 27 % des adultes québécois n'avaient pas eu de soins dentaires ou d'examen dentaires au cours des 12 derniers mois en raison du coût<sup>3</sup>. Il est à noter que les familles qui ont accès à une assurance privée peuvent tout de même présenter des difficultés d'accès aux soins dentaires en raison notamment des coûts des primes des régimes privés d'assurance dentaire<sup>4</sup>.

Tableau 1 : Résumé des principaux services dentaires offerts par le gouvernement du Québec

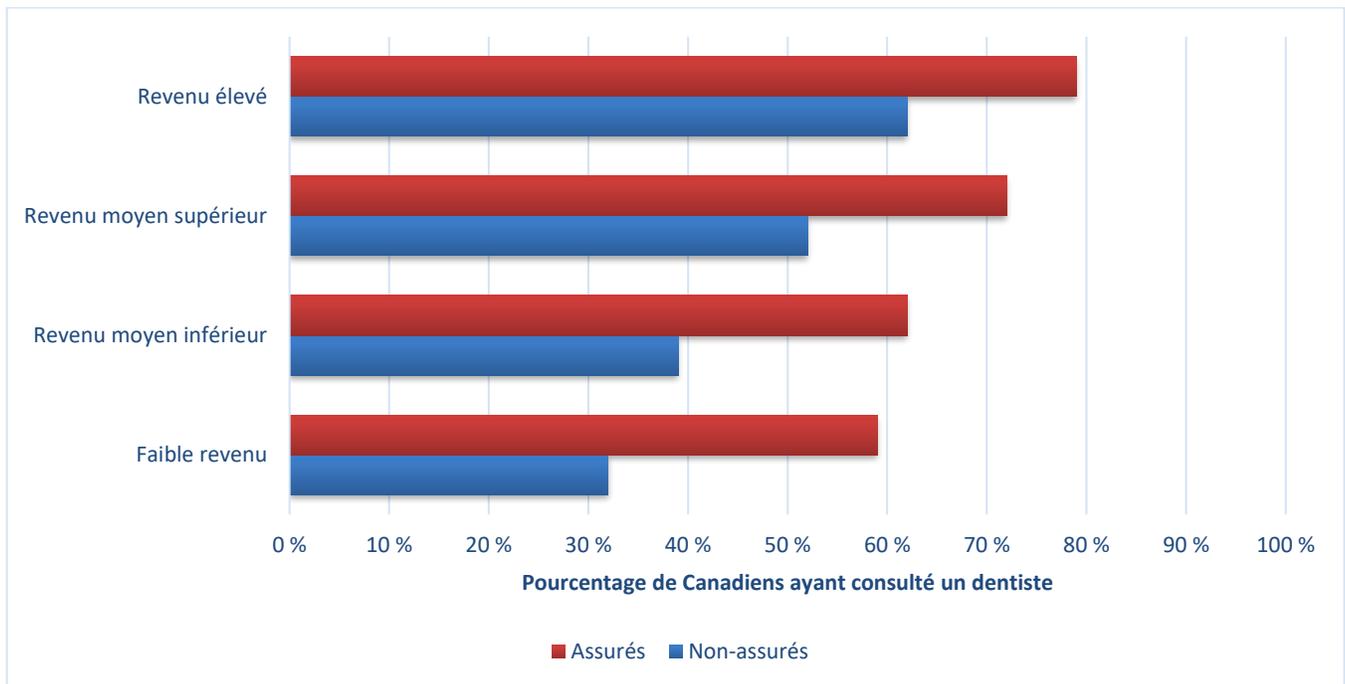
Programme	Population visée	Résumé des services offerts
<b>Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)</b>		
Services de chirurgie buccale en milieu hospitalier	Personnes détenant une carte d'assurance maladie	La plupart des actes chirurgicaux (excluant les extractions dentaires)
Programme de soins dentaires pour enfants	Enfants de 9 ans et moins	Services dentaires curatifs de base
Programme de soins dentaires pour les prestataires d'un programme d'assistance sociale	Prestataires d'un programme d'assistance sociale depuis au moins 12 mois et personnes à charge	Services dentaires préventifs et curatifs de base
<b>Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) du MSSS</b>		
Programme de soins buccodentaires en radio-oncologie tête et cou	Personnes atteintes d'un cancer tête et cou traité par radiothérapie	Traitements préventifs et curatifs de base, tuteurs de radiation
Programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique	Personne ayant reçu un diagnostic de cancer avant 18 ans	Prévention et traitement des séquelles buccodentaires du cancer
Programme de fentes labiopalatines et d'anomalies craniofaciales	Personnes avec fente labiale et/ou palatine et anomalies craniofaciales	Majorité des frais de chirurgie et d'orthodontie liés à la fente ou à l'anomalie
Programme de prothèses maxillo-faciales	Personnes victimes d'un accident, du cancer ou d'un syndrome avec atteinte majeure aux maxillaires	Majorité des frais de chirurgie et de prosthodontie
<b>Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS – Programme national de santé publique (PNSP)</b>		
Programme québécois de brossage supervisé des dents en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire	Jeunes en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire en service de garde	Brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré
Mesures de prévention clinique en milieu scolaire	Jeunes à l'école primaire (maternelle, 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> année) Jeunes de la 2 <sup>e</sup> secondaire	Application de scellants dentaires et de vernis fluorés Éducation à l'hygiène buccodentaire
Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	Personnes vivant en CHSLD public ou privé conventionné	Services dentaires préventifs, curatifs et prothétiques assurés selon la politique des besoins spéciaux (circulaire)
Programme québécois de fluoration de l'eau potable	Population du Québec, plus précisément l'ensemble des citoyens des villes participantes au programme	Aide financière aux municipalités de plus de 5 000 habitants qui couvre l'ensemble des coûts liés à la fluoration de l'eau de consommation
<b>Convention de la Baie James et du Nord québécois</b>		
Programme des services de santé non assurés (SSNA Cris, Naskapi et Nunavik)	Communautés de premières nations conventionnées	Services dentaires préventifs et curatifs
<b>Gouvernement du Canada</b>		
Programme des services de santé non assurés (SSNA)	Communautés de premières nations non conventionnées	Services dentaires préventifs et curatifs
Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)	Personnes protégées y compris les réfugiés réinstallés, les demandeurs d'asile, les membres de certains autres groupes	Soins d'urgence

Graphique 1 : Pourcentage des dépenses dentaires financées par le privé dans le monde



Source : Graphique adapté de Labrie, 2015<sup>5</sup>, données provenant de l'Organisation de coopération et de développement économiques, Base de données statistiques sur la santé et de Paradis et Labrie (2018)<sup>2</sup>.

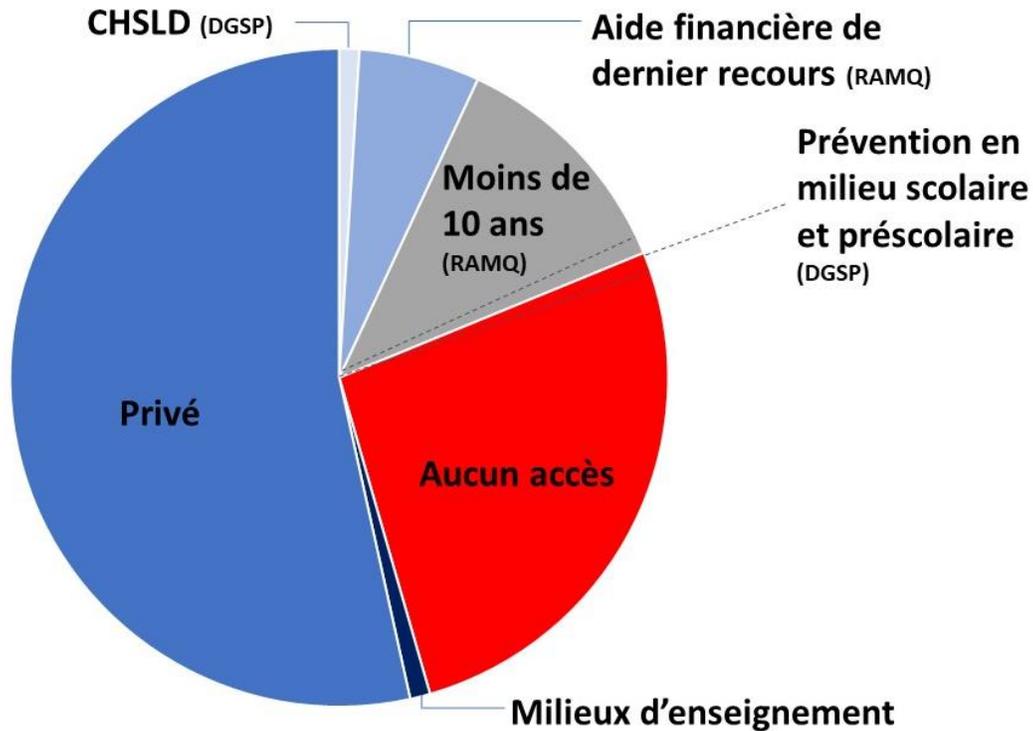
Graphique 2 : Utilisation, au Canada, des services dentaires selon le statut d'« assurés » ou de « non-assurés », concernant les assurances dentaires privées



Source : Graphique adapté de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2005<sup>6</sup>, données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2.1), Statistique Canada, 2003.

Le graphique 3 montre globalement la distribution de la population en fonction de sa façon d’accéder aux soins dentaires.

Graphique 3 : Distribution approximative de la population en fonction de sa façon d’accéder aux soins dentaires de première ligne



Enfin, il est important de savoir qu’actuellement, bien que les soins dentaires curatifs soient gratuits pour les enfants de 9 ans et moins, seule la moitié d’entre eux a reçu des services dentaires en 2017 (tableau 2). Ainsi, même si cette population est assurée par un programme public, d’autres importantes barrières persistent.

Tableau 2 : Proportion des enfants ayant reçu des services dentaires selon l’âge en 2017

Enfants de 0 à 9 ans		
0 à 4 ans	5 à 9 ans	0 à 9 ans
30,8 %	71,6 %	51,7 %

Source : Données tirées de la RAMQ, 2019<sup>7</sup>.

## 2.2 Conséquences et étendue des besoins

Les conséquences d’un manque d’accès aux soins buccodentaires sont nombreuses et peuvent être importantes. Voici quelques exemples : douleurs importantes, maladies des gencives, dénutrition, infections, pneumonies d’aspiration, problèmes cardiovasculaires, diabète, bébés prématurés et de faible poids, hospitalisations, retard d’accès à des procédures et à des traitements médicaux importants (ex. : chimiothérapie, greffes, chirurgies

cardiaques) pouvant avoir des conséquences majeures allant jusqu'au décès<sup>8</sup>. Ces lourdes conséquences montrent l'importance de l'amélioration de l'accès aux soins dentaires. Il est aussi important de savoir, concernant les conséquences de la carie dentaire, que cette dernière est la principale cause d'anesthésie générale chez les enfants de 0 à 5 ans au Canada<sup>9</sup>.

Les conséquences financières du manque d'accès aux soins dentaires doivent aussi être prises en compte. « Au Canada, on estime que les maladies dentaires sont la cause de 2,26 millions de jours d'absentéisme scolaire chaque année et que la carie dentaire est responsable du tiers de toutes les chirurgies d'un jour pratiquées chez des enfants âgés entre un et cinq ans. [...] L'amélioration globale de la santé buccodentaire pourrait donc se traduire par des avantages économiques substantiels, non seulement grâce à la réduction des coûts de traitement, mais aussi à la diminution des pertes de productivité sur le marché du travail<sup>10</sup>. » À titre d'exemple, on estime à environ 11 800 les visites chaque année aux urgences en centre hospitalier au Québec pour des problèmes buccodentaires<sup>11\*</sup>.

Les types de services qui pourraient être offerts au Québec sont très nombreux, de même que les groupes de la population qui pourraient en bénéficier. L'analyse de ce que ces groupes ont en commun permet de dégager une classification des barrières limitant l'accès aux soins dentaires, soit les barrières financières, les barrières cognitives, les barrières physiques et celles liées à la mobilité (figure 1).

Figure 1 : Classification des barrières à l'accès aux soins dentaires

Barrières financières	Barrières cognitives	Barrières liées à la mobilité
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Coût des soins dentaires et frais associés (ex. : transport, frais de garde)</li> <li>b. Offre limitée de services et populations assurées par le gouvernement</li> <li>c. Offre limitée, franchise et coût élevé de l'assurance privée</li> <li>d. Coûts importants des soins pour les personnes atteintes de maladies génétiques avec séquelles buccodentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Manque de formation des intervenants en lien avec les besoins spéciaux ou la vulnérabilité</li> <li>b. Manque d'accès aux solutions alternatives à l'anesthésie générale (AG)</li> <li>c. Compétences culturelles parfois limitées des intervenants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peu de soins dentaires à domicile</li> <li>b. Difficultés d'accès au transport adapté</li> <li>c. Rareté des professionnels en milieu de vie éloigné</li> <li>d. Offre de soins limitée en milieu de vie fermé (ex. : centres jeunesse)</li> </ul>

### 2.3 Enjeux

Premièrement, un portrait quantitatif et qualitatif des ressources humaines et matérielles en santé dentaire au Québec doit être réalisé (services rendus, clientèle servie, etc.). De plus, aucun réseau ou communauté de pratique n'est développé parmi les dentistes pratiquant en établissement, mis à part pour les dentistes et les hygiénistes de la santé publique.

\* Cette évaluation prend uniquement en compte les actes posés par des médecins qui comportent 1 des 217 diagnostics ayant un lien avec la médecine dentaire. Les visites qui sont effectuées par des infirmières uniquement ou par des dentistes ne sont pas comptabilisées ici.

Deuxièmement, il doit y avoir une évaluation de l'adéquation entre les besoins de la population et les types de services offerts afin de répondre à ces besoins et conséquemment d'améliorer la santé buccodentaire de la population. La facilité d'accès aux services et l'efficacité des services actuels rendus doivent être analysées, les ressources actuelles devant être bien utilisées afin de répondre aux besoins de la population.

Troisièmement, la capacité de payer de l'État est limitée et les soins dentaires, comme les autres soins de santé, sont coûteux. Il faut néanmoins tenir compte du fait que le coût de l'absence de traitement est important. Prenons notamment le cas des anomalies craniofaciales, pour lesquelles les patients n'obtenant pas les traitements nécessaires seraient moins scolarisés, auraient plus de difficulté à se trouver un emploi et nécessiteraient plus de soins psychosociaux<sup>12,13,14</sup>.

Quatrièmement, une amélioration de l'accès aux soins dentaires pourrait entraîner une hausse du nombre de professionnels dentaires nécessaires pour traiter ces patients.

## 2.4 Approches de réduction des inégalités<sup>15</sup>

### 2.4.1 Approche universelle

Une approche universelle vise l'ensemble de la population, tous les milieux socioéconomiques confondus. Elle assure un accès aux services **égal** pour tous. Une approche universelle n'assure néanmoins pas un soutien particulier aux populations en situation de vulnérabilité. Évidemment, cette approche implique un important financement de l'État. Par exemple, au Québec, une approche universelle est utilisée pour la couverture des services de chirurgie buccale en milieu hospitalier<sup>†</sup>.



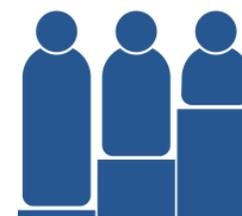
### 2.4.2 Approche ciblée

L'approche ciblée propose une aide aux populations ayant besoin d'un soutien particulier. Les services sont ainsi accessibles seulement à certains groupes en situation de vulnérabilité qui, souvent, ne vont pas chercher les services offerts dans une approche universelle. Une approche ciblée peut cependant stigmatiser les populations visées et n'assure pas un accès au reste de la population. Une approche ciblée est utilisée dans le cas de la couverture des services dentaires pour les prestataires d'un programme d'assistance sociale au Québec.



### 2.4.3 Universalisme proportionné

L'universalisme proportionné est une combinaison de mesures universelles et ciblées. « Cette approche inclut aussi la réduction ou le retrait des barrières qui limitent l'accès aux interventions<sup>15</sup> » (p. 14). L'universalisme proportionné assure normalement un accès **équitable** pour tous, sans discrimination : l'objectif de cette approche est de diminuer l'écart entre les différents groupes de la population.



C'est l'approche visée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de l'analyse de l'accès aux soins dentaires au Québec.

<sup>†</sup> Il faut noter que ce panier de service est limité à quelques actes chirurgicaux seulement.

### 3. ANALYSE DES BESOINS ET DES PRIORITÉS

#### 3.1 Objectifs

L'objectif général de l'analyse de l'accès aux soins dentaires au Québec est d'élaborer un nouveau modèle d'organisation des services buccodentaires réaliste qui favorise l'accès aux soins dentaires. Le tableau 3 détaille les objectifs et les questions associées.

Tableau 3 : Objectifs de l'analyse de l'accès aux soins dentaires et questions associées

Objectifs du projet
<b>Élaborer un modèle d'organisation des services buccodentaires favorisant l'accès aux soins</b>
Collecter des informations sur l'organisation actuelle des soins dentaires en établissement.
Définir le problème d'accès aux soins dentaires au Québec.
Collecter des informations sur les perceptions de la population.

#### 3.2 Cadre théorique

Le cadre théorique illustré à la figure 2 utilisé pour l'analyse de l'accès aux soins dentaires est adapté de Donabedian<sup>16</sup>.

Les ressources disponibles influent sur la capacité de produire des services. Un portrait des ressources humaines et matérielles doit ainsi être produit. De même, les services offerts doivent être décrits par ce même portrait :

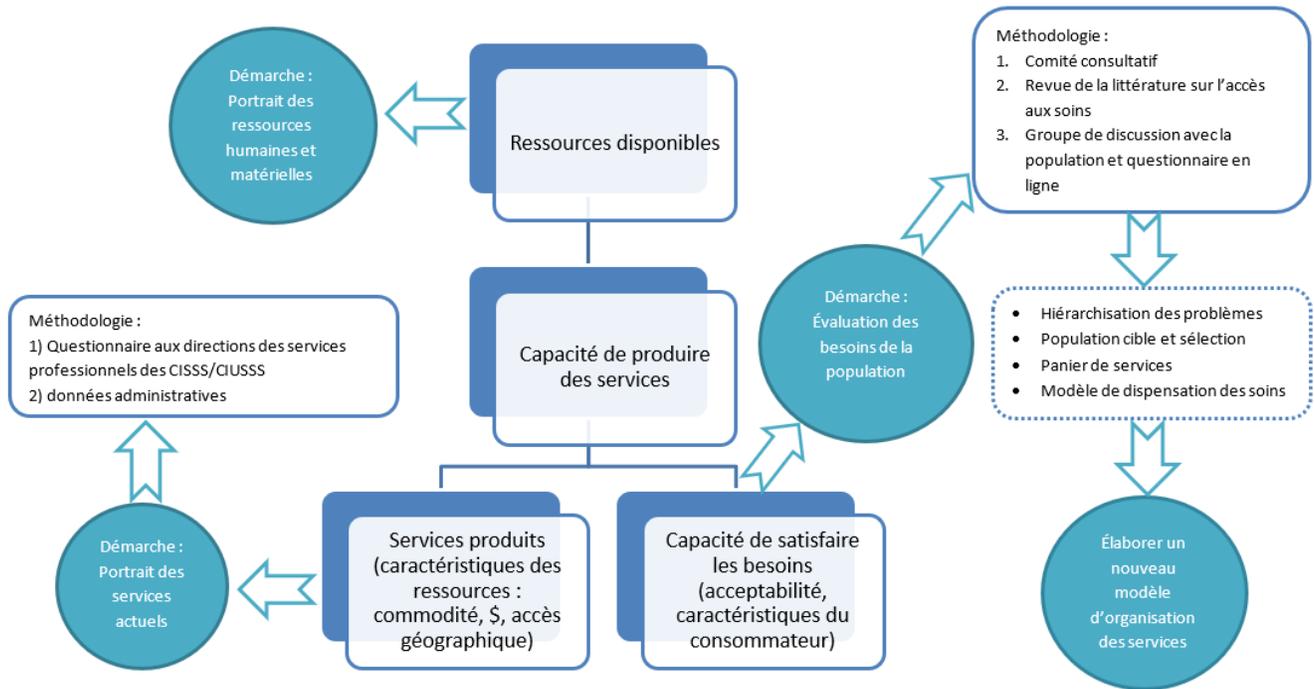
- Les méthodes qui permettent de faire ce portrait consistent en un questionnaire soumis aux directions des services professionnels des différents établissements du Québec et en la collecte de données administratives de la RAMQ.

La capacité de satisfaire les besoins de la population doit aussi être analysée :

- Pour ce faire, un comité consultatif d'experts est mis sur pied, une revue de la littérature est produite, des groupes de discussion avec la population sont organisés et un questionnaire en ligne pour sonder la population est préparé.

Les modèles d'organisation des soins dentaires émergeront de l'analyse des données.

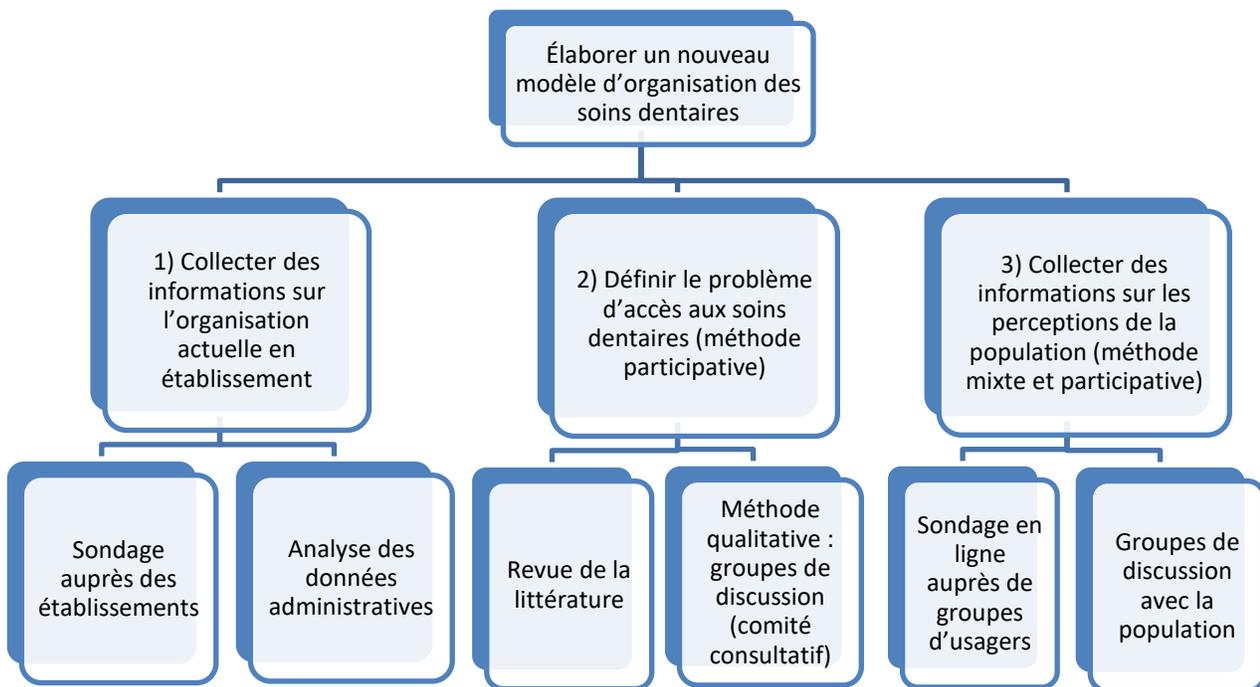
Figure 2 : Cadre conceptuel inspiré de Donabedian, 1973, p. 209<sup>16</sup>



### 3.3 Méthodologie

L'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation des soins dentaires fait appel à plusieurs méthodes présentées à la figure 3.

Figure 3 : Organigramme méthodologique



Les méthodes explorées sont l'analyse de données administratives (sondage auprès des établissements et analyse des données administratives), la revue de la littérature, la méthode qualitative (groupes de discussion du comité consultatif), la méthode mixte (consultation de la population) et la méthode participative, qui est transversale (la participation d'utilisateurs partenaires à plusieurs étapes du processus). De nombreuses sources de données sont ainsi utilisées pour intégrer les informations sur les besoins et les solutions afin de faire une analyse convergente de l'accès aux soins dentaires au Québec.

### **3.3.1 Analyse des données administratives**

Les données administratives ont été obtenues par :

- Une consultation des données de la RAMQ afin de compiler les informations disponibles concernant des indicateurs relatifs aux ressources sanitaires :
  - Rémunération à l'acte :
    - Nombre d'actes effectués par établissement;
    - Âge des utilisateurs;
    - Spécialité du praticien, lorsque disponible.
  - Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes :
    - Nombre d'équivalents temps complet (ETC) par établissement.
- Un sondage auprès de tous les établissements du Québec afin de faire un inventaire des ressources disponibles aux fins de planification :
  - Questionnaire envoyé par courriel aux directeurs des services professionnels de tous les établissements (annexe 1).
  - Rappels électroniques et téléphoniques à de multiples reprises.

La collecte des données a été effectuée dans Excel. La combinaison de ces deux méthodes (analyse des données administratives et sondage) permet une intégration de l'information afin de structurer les données pour en faire une analyse convergente.

### **3.3.2 Revue de la littérature sur les types d'organisation des soins dentaires dans le monde**

La revue de la littérature non exhaustive concernant l'accès aux soins concerne principalement la comparaison des modèles de services dentaires adoptés dans différents pays et ailleurs au Canada. Le moteur de recherche PubMed a été utilisé de même que les sites Web du gouvernement de plusieurs pays.

### **3.3.3 Méthode qualitative (comité consultatif)**

Afin de déterminer les problèmes, les besoins et les solutions, la méthode d'atteinte de consensus a été choisie dans le cadre de groupes de discussion. L'implication de personnes de différents horizons qui s'intéressent à l'accès aux soins dentaires est nécessaire pour permettre à la démarche d'analyse de l'accès aux soins dentaires d'être représentative des besoins de la population. La participation de ces parties prenantes, en plus d'enrichir la démarche, permet une appropriation plus grande des résultats découlant des travaux communs.

#### **3.3.3.1 Sélection des participants**

La sélection des participants résulte d'un échantillonnage ciblé. En effet, les principales parties prenantes concernant l'accès aux soins dentaires au Québec comprennent : le mandataire, soit la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) du MSSS, les facultés de médecine

dentaire (Université Laval, Université de Montréal, Université McGill), les ordres professionnels liés au domaine dentaire (Ordre des dentistes du Québec [ODQ] et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec [OHDQ]), les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques dentaires communautaires, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ), les cégeps, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS, la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM) du MSSS et, évidemment, des représentants de la population (usagers-partenaires). Un ou plusieurs représentants de ces catégories sont invités à participer à la démarche d'analyse au sein d'un comité consultatif.

### 3.3.3.2 Étapes méthodologiques

Il y a alternance des méthodes d'atteinte du consensus utilisées. Elles comportent toutes l'utilisation de groupes de discussion qui permettent des échanges entre les participants.

Les rencontres de ce comité ont lieu sur une période d'un an à raison d'une fois par deux mois, en présentiel dans les locaux du MSSS à Montréal et à Québec ou en visioconférence.

Des thèmes précis sont abordés à chaque rencontre, et un document résumé basé sur la revue de la littérature est envoyé avant la rencontre comme base de discussion. Le tableau 4 résume les thèmes qui sont discutés au cours de ces rencontres. Les discussions sont semi-structurées.

*Tableau 4 : Thèmes abordés au comité consultatif d'analyse de l'accès aux soins dentaires*

Rencontres	Thème
1-2	Portrait des programmes et des services actuels Populations en situation de vulnérabilité et critères de sélection (hiérarchisation)
2-3	Meilleures pratiques en santé dentaire Soins à offrir en fonction des groupes de population (hiérarchisation)
3-4	Lieux de dispensation des soins Organisation administrative
4-5	Interprofessionnalisme et formation
6	Validation des recommandations finales

Le comité est composé d'environ 22 personnes et les rencontres sont d'une durée de deux à trois heures. Le comité est dirigé par la mandataire, qui est accompagnée d'une comandataire qui rédige les procès-verbaux, observe les participants et collabore à l'analyse des données.

#### *La méthode du groupe nominal*

Des formulaires préparés sont transmis aux participants selon le thème de la rencontre quelques semaines avant et auxquels ils doivent répondre individuellement. Après la compilation des réflexions par les organisateurs, une discussion commune a lieu au cours d'une rencontre. Une hiérarchisation des éléments discutés a aussi lieu. Les rencontres 2, 3, 4 et 5 utilisent la méthode du groupe nominal.

#### *La méthode de l'atelier*

Les rencontres d'atelier sont composées d'une courte session théorique sur le thème défini, qui est suivie d'un atelier en petits groupes d'environ quatre personnes. Des notes sont prises par les différents groupes et récupérées par les organisateurs. Après l'atelier, un retour en grand groupe permet aux membres du comité de s'exprimer sur le thème. Un consensus doit en émerger. Des procès-verbaux sont produits à chaque rencontre. Seule la rencontre 1 utilise la méthode de l'atelier.

### 3.3.3.3 Analyse

Les comptes rendus des ateliers et les procès-verbaux des rencontres sont utilisés pour dégager des conclusions pour chacun des thèmes. Les commentaires sont transcrits dans la base de données Excel et sont analysés un par un en vue de faire ressortir les thèmes et les idées émergents, selon le consensus de la mandataire ainsi que d'une comandataire, par codage manuel. Ces conclusions servent à l'élaboration de bilans pour chaque rencontre ainsi qu'aux recommandations finales du comité.

### 3.3.3.4 Validité

#### 3.3.3.4.1 Réflexivité

Les idées préconçues de l'ensemble des membres du comité sont établies dès le départ dans un processus de réflexivité, de même que les potentiels conflits d'intérêts personnels et professionnels (expériences, influences).

#### 3.3.3.4.2 Triangulation

La participation au comité de personnes provenant d'horizons différents permet une triangulation des sources. De plus, l'analyse des données est effectuée par deux personnes différentes, ce qui assure une triangulation des interprétations.

#### 3.3.3.4.3 Révision par les participants

La dernière rencontre du comité consultatif consiste en une validation des conclusions. Cette séance permet d'améliorer la validité des interprétations des données. À noter que les représentants de la population participent aussi à cette validation.

## 3.3.4 Approche participative

La collecte des informations sur les besoins de la population et la définition du problème d'accès aux soins dentaires sont accomplies avec la participation d'usagers partenaires à plusieurs étapes de l'analyse. Une responsable du dossier « partenariat avec l'utilisateur et ses proches » du MSSS a offert un soutien théorique à la mandataire pour cette étape de la démarche. Le *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*<sup>17</sup>, document du MSSS, a été utilisé.

### 3.3.4.1 Sélection des usagers

La sélection des participants résulte d'un échantillonnage ciblé. La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a été contactée dans l'objectif d'obtenir leur soutien afin que la démarche d'analyse de l'accès aux soins dentaires devienne une approche de partenariat équitable avec des usagers, dans sa globalité.

Une fiche descriptive a été envoyée à la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles mentionnant :

- le contexte de l'analyse;
- la description du mandat des usagers;
- le profil des usagers recherchés (expérience, attitudes, habiletés);

- l'engagement nécessaire.

À l'aide de cette fiche, deux usagers partenaires sont ciblés afin de participer à l'entièreté de la démarche.

#### 3.3.4.2 Étapes méthodologiques

Les usagers partenaires siègent au comité d'analyse de l'accès aux soins dentaires présenté en 3.3.3. Ils sont partenaires au même titre que les autres membres du comité. Ils sont considérés comme étant des experts de leur propre vécu et des trajectoires de soins. Ils valident aussi les recommandations finales du comité consultatif avec les autres partenaires. Une intervenante en hygiène dentaire a été mandatée afin de faire l'accompagnement des usagers partenaires tout au long du processus.

Par ailleurs, ils contribuent à la rédaction du sondage et des grilles d'entrevues pour la consultation de la population. La méthodologie liée à cette étape sera abordée au point 3.3.5.

### 3.3.5 Approche mixte (consultation de la population)

Pour atteindre l'objectif spécifique de collecte des informations sur les besoins de la population, des consultations sont organisées afin :

- d'écouter les besoins de populations en situation de vulnérabilité;
- d'explorer les défis en lien avec ces besoins et les solutions possibles;
- d'explorer les raisons de la non-utilisation des services disponibles.

La consultation est effectuée en deux phases : un sondage quantitatif en premier lieu, afin d'améliorer la compréhension du sujet, et des groupes de discussion qualitatifs en deuxième lieu. C'est ainsi une approche séquentielle explicative avec une majeure qualitative (quan→QUAL) dont la finalité est le développement<sup>18</sup>, c'est-à-dire que les résultats du sondage quantitatif servent à élaborer la grille d'entrevue des groupes de discussion. La posture est ainsi postpositiviste pour la phase quantitative et constructiviste pour la phase qualitative. Les résultats des groupes de discussion sont les principaux résultats utilisés pour déterminer les besoins de la population.

#### 3.3.5.1 Sélection des participants

##### *Sondage*

La sélection des participants résulte d'un échantillonnage ciblé. Le sondage quantitatif est distribué à différents comités d'usagers au Québec par l'intermédiaire de l'organisme sans but lucratif Conseil pour la protection des malades, qui sélectionne les groupes d'usagers. Les usagers doivent parler anglais ou français et provenir de plusieurs régions du Québec.

##### *Groupes de discussion*

Le *Guide d'organisation d'un forum de discussion*<sup>19</sup> de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été utilisé pour mettre sur pied les groupes de discussion. La sélection des participants résulte d'un échantillonnage ciblé. Les groupes de discussion ont lieu dans différentes régions du Québec et la logistique régionale est organisée par les dentistes en santé publique régionaux. Des organismes communautaires locaux

ont été contactés pour faciliter la sélection des participants et pour assurer la logistique locale des groupes de discussion.

Les groupes sont composés de 8 à 12 personnes chacun. La représentativité de ces groupes par rapport à la population générale n'est pas recherchée. Cinq groupes de discussion différents sont prévus dans les endroits suivants :

1. Sainte-Anne-des-Monts (Gaspésie) : population à faible revenu et en région éloignée;
2. Trois-Rivières (Mauricie) : population aux prises avec un handicap et personnes âgées;
3. Notre-Dame-de-Montauban (Mauricie) : population à faible revenu et en région éloignée;
4. Montréal : population à faible revenu;
5. Montréal : population immigrante.

Le nombre de groupes peut être augmenté si la saturation des données n'est pas obtenue. D'autres groupes, comme les parents de jeunes avec besoins spéciaux, peuvent être envisagés.

### 3.3.5.2 Étapes méthodologiques

#### *Sondage (voir l'annexe 2)*

Le questionnaire quantitatif est créé à partir des préoccupations soulevées dans le cadre de la revue de la littérature sur l'accès aux soins dentaires ainsi qu'au cours des ateliers du comité consultatif. Le questionnaire est ensuite validé et modifié par deux usagers partenaires ainsi que par l'intervenant communautaire de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Le questionnaire est alors prétesté par deux autres usagers. Des modifications sont apportées afin, notamment, d'ajuster le niveau de littératie et les sujets d'intérêt en fonction de leurs commentaires.

La collecte des données est réalisée entièrement en ligne. Tous les participants reçoivent une invitation par courriel du Conseil pour la protection des malades, leur demandant de répondre au questionnaire sur la plateforme SurveyMonkey. Le questionnaire est rempli par les usagers sans aide ni intervention extérieure.

Un rappel est fait une semaine après la première invitation afin d'augmenter le taux de réponse.

#### *Groupes de discussion (voir l'annexe 3)*

La grille d'entrevue semi-dirigée est construite en fonction des réponses obtenues par le sondage quantitatif. En effet, les tendances dégagées par les données du sondage orientent les thèmes à aborder avec les groupes de discussion. Encore une fois, la grille d'entrevue est validée et modifiée par deux usagers partenaires ainsi que par un intervenant communautaire. Le questionnaire est ensuite prétesté auprès de deux autres usagers.

Tous les groupes de discussion sont animés par la même personne, et deux observateurs sont présents afin d'examiner attentivement le déroulement des séances. Les séances font l'objet d'un enregistrement audio et des comptes rendus sont rédigés par un des observateurs.

### 3.3.5.3 Analyse

#### *Sondage*

Une analyse descriptive des données collectées par le questionnaire est effectuée. Au sujet des données quantitatives, des fréquences relatives sont présentées sous forme de graphiques et de tableaux. Les tendances dégagées sont mises en exergue afin d'influencer la création de la grille d'entrevue pour les groupes de discussion.

#### *Groupes de discussion*

Les données qualitatives sont compilées dans une base de données Excel. La réduction des données est effectuée selon le consensus de l'animatrice ainsi que d'une observatrice par codage manuel. L'analyse est effectuée au fur et à mesure, tout de suite après les groupes de discussion. La saturation des données est visée. Les commentaires sont analysés un à la fois en vue de faire ressortir les thèmes émergents (analyse thématique). Pour chaque thème, les idées contradictoires sont notées de même que le nombre de fois où chaque idée a été formulée. Le contenu latent est étudié et les éléments non pertinents sont exclus. Une carte thématique est produite en fonction des résultats découlant de l'analyse.

### 3.3.5.4 Validité du sondage

La validité du sondage est plus ou moins établie et est partiellement assurée par le prétest effectué auprès des usagers.

### 3.3.5.5 Validité des groupes de discussion

#### 3.3.5.5.1 Réflexivité

Les idées préconçues de la mandataire de projet sont établies dès le départ dans un processus de réflexivité, de même que les potentiels conflits d'intérêts personnels et professionnels (expériences, influences).

#### 3.3.5.5.2 Triangulation

La triangulation des données quantitatives et qualitatives permet de valider les conclusions à l'aide de méthodes différentes. De plus, l'analyse, effectuée par deux personnes différentes, assure aussi une triangulation pour ce qui est de l'interprétation. Enfin, la diversité géographique des participants offre une triangulation des sources.

#### 3.3.5.5.3 Révision par les participants

Les résultats découlant de l'analyse sont présentés à un des groupes de discussion, ce qui permet de valider les différentes interprétations des données.

#### 3.3.5.5.4 Description riche

Des observateurs sont présents au cours des groupes de discussion et ils décrivent leurs observations en détail concernant les participants, l'organisation, etc.

## 3.3.6 Complémentarité des méthodes

L'approche participative utilisée teinte l'ensemble du processus d'analyse de l'accès aux soins dentaires. En effet, cette approche influence tant le comité consultatif que le sondage et les groupes de discussion. C'est une approche transversale et intégrée à l'ensemble de la démarche.

La méthode qualitative de recherche de consensus auprès des parties prenantes abordée est complémentaire tant au sondage qu’au groupe de discussion. En fait, les méthodes utilisées pourraient être combinées dans une approche multiméthode. Toutes ces différentes méthodes sont complémentaires et s’influencent les unes à la suite des autres (figure 4). En effet, la collecte de données administratives influence le sondage à faire parvenir aux établissements. Les résultats obtenus aiguillent à leur tour les sujets à couvrir dans le cadre de la revue de la littérature, qui guide les membres du comité consultatif dans leur réflexion. Les conclusions des réflexions du comité guident le contenu du sondage ainsi que du questionnaire des groupes de discussion.

Figure 4 : Complémentarité des méthodes utilisées



Finalement, la diversité des méthodes utilisées permet d’aborder le sujet sur une multitude d’angles, ce qui amène une compréhension riche de la problématique. L’utilisation des résultats de toutes ces démarches complémentaires permet d’atteindre l’objectif ultime d’élaborer un nouveau modèle d’organisation des services buccodentaires qui favorise l’accès aux soins.

### 3.4 Résultats et analyse

#### 3.4.1 Analyse des données administratives et du sondage aux établissements

Il est difficile d’avoir une vue d’ensemble des professionnels disponibles en établissement et des services offerts actuellement au Québec. Déterminer l’efficacité des services pose également un défi.

Tableau 5 : État de situation des soins dentaires en établissement au Québec en 2019-2020

Soins dentaires offerts en établissement	État de la situation
Anesthésie générale (AG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès difficile au bloc</li> <li>• À améliorer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de l’accès aux solutions de rechange à l’anesthésie générale</li> <li>• Accès à l’anesthésie générale</li> <li>• Mesure de prévention clinique et promotion de la santé dentaire</li> </ul> </li> </ul>
Santé mentale (SM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture actuelle de la majorité des établissements (population institutionnalisée)</li> <li>• À améliorer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d’un cadre de référence et d’un plan des effectifs dentaires (PED)</li> </ul> </li> </ul>
Centres jeunesse (CJ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliniques à Montréal et à Laval, sinon référence en clinique privée</li> <li>• Budgets de soins dentaires octroyés par le gouvernement aux CJ à explorer</li> <li>• À améliorer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d’un cadre de référence et d’un PED</li> </ul> </li> </ul>
Soins dentaires médicalement requis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu d’accès</li> </ul>

Soins dentaires offerts en établissement	État de la situation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À améliorer : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une liste des conditions médicales couvertes.</li> <li>• Élaboration d'un cadre de référence et d'un PED</li> </ul> </li> </ul>
Cliniques dentaires de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régions 9, 17 et 18 (entente du Nord)</li> <li>• Autres cliniques publiques rares (ex. : CLSC d'Asbestos)</li> <li>• Quelques OBNL et cliniques en milieu d'enseignement</li> <li>• À améliorer : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d'un cadre de référence et d'un PED</li> </ul> </li> </ul>
Interventions chirurgicales maxillo-faciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stable et relativement harmonisé</li> </ul>
Fissures labiopalatines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stable</li> <li>• Financement à réviser</li> </ul>
Anomalies craniofaciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre limitée géographiquement</li> <li>• Panier de service limité</li> <li>• Financement à réviser</li> </ul>
Oncologie buccodentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pédiatrie : stable (implantation récente)</li> <li>• Radio-oncologie : stable</li> </ul>
Santé dentaire publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stable et relativement harmonisé</li> </ul>
Services en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En implantation à l'acte</li> <li>• Quelques dentistes à tarif horaire ou à honoraires fixes</li> <li>• Manque d'effectifs (dentistes)</li> </ul>

### 3.4.2 Revue de la littérature sur les types d'organisation des soins dentaires dans le monde

Plusieurs types d'organisation des soins dentaires sont présents dans le monde. La figure 5 montre des exemples de juridictions internationales offrant une couverture publique plus étendue et un accès plus grand aux soins dentaires qu'au Québec pour certaines populations.

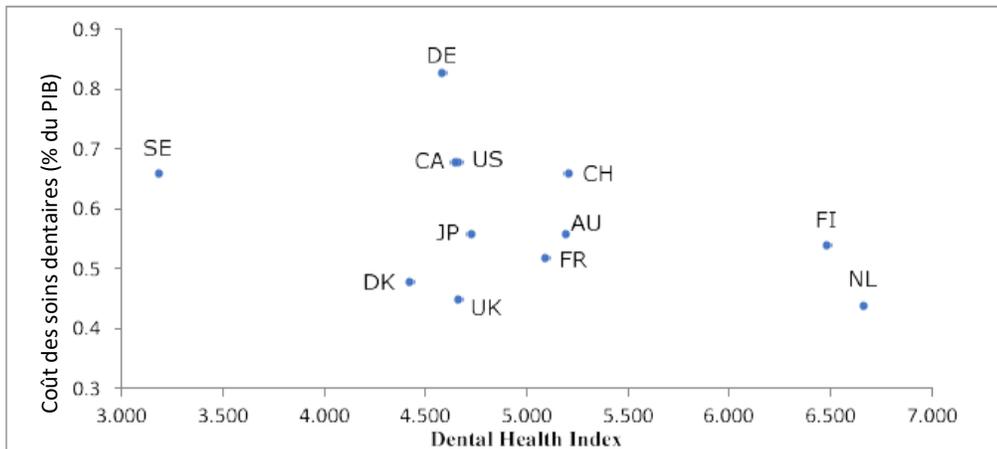
Le graphique 4 montre l'efficacité de l'organisation des soins dentaires de différents pays, calculée à l'aide du *Dental Health Index*. Ce dernier tient compte du pourcentage d'enfants sans carie évidente ( $C_{4-6}$ ) à 5-6 ans, du  $C_{4-6}$ AOD (nombre de dents cariées au niveau de la dentine, absentes ou obturées) à 12 ans et de 35 à 44 ans ainsi que du pourcentage d'édentation de 65 à 74 ans. Plus l'index est bas, plus la population est en santé. Le graphique met en relation le *Dental Health Index* et les coûts des soins dentaires en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

Figure 5 : Exemples de pays offrant une couverture publique plus étendue qu'au Québec

0 à 18 ans :	Adultes et aînés :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Danemark</li> <li>• Irlande</li> <li>• Royaume-Uni</li> <li>• Australie</li> <li>• Finlande</li> <li>• Allemagne</li> <li>• France</li> <li>• Belgique</li> <li>• Autriche</li> <li>• Pays-Bas</li> <li>• Norvège</li> <li>• Suède</li> <li>• Japon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allemagne</li> <li>• Royaume-Uni</li> <li>• Danemark (portion du coût couvert)</li> <li>• France (portion du coût couvert)</li> <li>• Belgique (portion du coût couvert)</li> <li>• Autriche (portion du coût couvert)</li> <li>• Irlande (personnes à faible revenu)</li> <li>• Australie (personnes à faible revenu)</li> <li>• Japon</li> </ul>

Graphique 4 : Efficience dans les pays hautement développés en 2012 (tiré de Sackael<sup>20</sup>)

(SE = Suède / DE = Allemagne / CA = Canada / US = États-Unis / JP = Japon / CH = Suisse / AU = Australie / DK = Danemark / UK = Royaume-Uni / FR = France / FI = Finlande / NL = Pays-Bas)



Dans le graphique 4, on constate que, par exemple, au Danemark, au Royaume-Uni et au Japon, la santé dentaire est équivalente au Canada, mais que le coût des soins dentaires est moins élevé. Si on s'attarde particulièrement à ces pays, nous pouvons souligner ces caractéristiques :

- **Danemark<sup>21</sup> :**
  - Assurance publique universelle des 0 à 18 ans en clinique dentaire communautaire municipale ou scolaire et en clinique privée.
  - De 30 à 60 % des traitements dentaires des adultes sont assurés par le gouvernement, la prévention étant faite par les cliniques communautaires municipales et les traitements par les cliniques privées.
  - Assurance publique des traitements en centre d'hébergement pour aînés.
  - Importance de la santé dentaire publique et utilisation de la dentisterie minimalement invasive.
  - Rémunération à l'acte et à tarif horaire.
  - Taux d'utilisation des services : environ 80 %.
- **Royaume-Uni<sup>22</sup> :**
  - Assurance publique universelle des 0 à 18 ans en clinique dentaire communautaire municipale ou scolaire et en clinique privée.
  - De 20 à 40 % des traitements dentaires des adultes sont assurés par le gouvernement, principalement en clinique privée, mais aussi en centre communautaire et dans des cliniques mobiles.
  - Rémunération mixte.
  - Taux d'utilisation des services : environ 74 %.
- **Japon<sup>23</sup> :**
  - Assurance publique universelle pour la population entière pour minimalement 70 % des coûts.
  - Importance de la santé dentaire publique (ex. : application de fluorure diamine d'argent en préscolaire).
  - Prise en charge de populations par un dentiste (objectif de maintien en bonne santé).
  - Taux d'utilisation des services : environ 50 %.

Tableau 6 : Estimation des dépenses et de l'utilisation des services dentaires (clin comm = cliniques en milieu communautaire)

Pays	Taux d'utilisation des services (%)	Proportion privée des dépenses (%)	Type de services dentaires publics	N <sup>bre</sup> de dentistes par 1000 habitants	Dépenses privées et publiques par habitant (\$)	Densité de la population (habitants par km <sup>2</sup> )	CAOD (n <sup>bre</sup> de dents cariées, absentes ou obturées) moyen à 12 ans
États-Unis	42 <sup>24</sup>	90 <sup>25</sup>	Privé	0,6 <sup>24</sup>	349 <sup>26</sup>	93 <sup>27</sup>	1,3 (2008) <sup>24</sup>
Italie	46 <sup>28</sup>	97 <sup>27</sup>	Privé	0,82 <sup>28</sup>	259 <sup>28</sup>	204 <sup>28</sup>	1,2 (2003) <sup>29</sup>
Espagne	46 <sup>28</sup>	98 <sup>28</sup>	Privé	0,75 <sup>28</sup>	237 <sup>28</sup>	93 <sup>28</sup>	1,3 (2005) <sup>29</sup>
Grèce	47 <sup>28</sup>	–	Privé	–	91 <sup>28</sup>	69 <sup>28</sup>	2,2 (2003) <sup>30</sup>
France	55 <sup>28</sup>	40 <sup>28</sup>	Universelle : 0 à 18, partielle : adultes	0,64 <sup>28</sup>	175 <sup>26</sup>	106 <sup>28</sup>	1,2 (2003) <sup>24</sup>
Finlande	57 <sup>28</sup>	59 <sup>25</sup>	Universelle : 0 à 18 ans / clin comm	–	134 <sup>28</sup>	18 <sup>28</sup>	1,2 (2003) <sup>28</sup>
Belgique	60 <sup>28</sup>	48 <sup>28</sup>	Universelle pour portion des coûts	0,74 <sup>28</sup>	221 <sup>28</sup>	372 <sup>28</sup>	0,9 (2003) <sup>31</sup>
Suisse	63 <sup>28</sup>	94 <sup>28</sup>	Privé	0,51 <sup>28</sup>	635 <sup>28</sup>	210 <sup>28</sup>	0,8 (2003) <sup>31</sup>
Suède	71 <sup>28</sup>	62 <sup>32</sup>	Universelle : 0 à 18, partielle : 20 à 29 / clin comm	0,77 <sup>28</sup>	410 <sup>28</sup>	24 <sup>28</sup>	0,9 (2003) <sup>29</sup>
Autriche	72 <sup>28</sup>	63 <sup>28</sup>	Universelle : 0 à 18, partielle : adultes	0,57 <sup>28</sup>	308 <sup>28</sup>	106 <sup>28</sup>	1,4 (2007) <sup>29</sup>
Royaume-Uni	74 <sup>28</sup>	59 <sup>28</sup>	Universelle : 0 à 18, partielle : adultes / clin comm	0,52 <sup>28</sup>	141 <sup>26</sup>	271 <sup>28</sup>	0,9 (2003) <sup>30</sup>
Canada	74 <sup>24</sup>	94 <sup>25</sup>	Universelle : 0 à 9	0,59 <sup>24</sup>	309 <sup>26</sup>	3,7 <sup>33</sup>	1,0 (2007-2009) <sup>24</sup>
Pays-Bas	79 <sup>28</sup>	73 <sup>28</sup>	Universelle : 0 à 22, partielle : adultes	0,39 <sup>28</sup>	278 <sup>28</sup>	498 <sup>28</sup>	0,6 (2003) <sup>30</sup>
Danemark	80 <sup>28</sup>	82 <sup>25</sup>	Universelle : 0 à 18, partielle : adultes / clin comm	0,73 <sup>28</sup>	411 <sup>28</sup>	136 <sup>28</sup>	0,9 (2003) <sup>30</sup>
Allemagne	82 <sup>28</sup>	30 <sup>28</sup>	Universelle	0,87 <sup>28</sup>	477 <sup>28</sup>	233 <sup>28</sup>	1,2 (2003) <sup>30</sup>
Japon	50 <sup>34</sup>	30 <sup>35</sup>	Universelle	0,82 <sup>35</sup>	275 <sup>35</sup>	347 <sup>36</sup>	1,4 (2011) <sup>20</sup>

### 3.4.3 Méthode qualitative (comité consultatif) (annexes 4 à 8)

#### 3.4.3.1 Analyse de l'atelier 1 sur les populations en situation de vulnérabilité

Dans le tableau 7, on peut constater que trois barrières à l'accès aux soins dentaires ont été soulevées par le comité : les barrières financières, physiques ou liées à la mobilité et cognitives ou liées au besoin de soutien. Les barrières financières concernent presque la totalité des populations en situation de vulnérabilité.

Tableau 7 : Analyse de l'atelier 1

Population	Programme actuel	Est-ce qu'un programme ayant un critère basé sur les... va les aider?		
		barrières financières	barrières liées à la mobilité	barrières cognitives
Enfants (0 à 9 ans)	RAMQ (soins curatifs)	✓	±	±
Adolescents (10 à 17 ans)	RAMQ (assistance sociale)	✓	±	±
Adultes (18 à 64 ans)	RAMQ (assistance sociale)	✓	±	±
Aînés (65 ans et +)	Santé publique (CHSLD)	✓	✓	✓
Personnes en région éloignée avec problème d'accès aux soins dentaires	–	±	✓	✗
Personnes en situation d'itinérance ou de toxicomanie	±	✓	✗	✓
Femmes enceintes ou familles monoparentales	–	✓	✗	✗
Soins médicalement requis	–	✓	✓	✗
Immigrants ou réfugiés	Programme fédéral de santé intérimaire	✓	✗	✓
Personnes incarcérées	–	✓	✓	±
Centre jeunesse	±	✓	✓	✓
<b>Handicap grave<sup>37</sup></b>				
Contraintes aux déplacements	–	±	✓	✗
Douleur chronique	–	±	✓	✓
Troubles de développement (ex. : TSA, trisomie)	–	±	✓	✓
Troubles de santé mentale (personnes institutionnalisées)	±	✓	✓	✓
Maladie génétique avec séquelles buccodentaires	Fentes labiopalatines et anomalies craniofaciales	✓	✗	✗

Le premier choix du comité reste un système de soins dentaires universel, mais il estime que la barrière financière est la barrière la plus importante, puisqu'elle touche une proportion importante de la population n'ayant pas accès aux soins dentaires. Une attention particulière doit toutefois être portée aux régions éloignées.

#### 3.4.3.2 Analyse de l'atelier 2 sur les services à prioriser

Bien qu'une couverture universelle des soins dentaires soit proposée par plusieurs membres du comité, si une hiérarchisation doit être faite, un panier de services éventuel devrait comprendre prioritairement les soins de santé dentaire de première ligne et les soins supplémentaires suivants : des services préventifs, la sédation consciente, les obturations en composite ou en verre ionomère, les prothèses avec squelette métallique et l'endodontie. On observe aussi un consensus concernant un supplément pour les clientèles difficiles à traiter dans le cas de rémunération à l'acte.

Les libellés des services assurés prévus à l'entente convenue entre l'ACDQ et le MSSS précisent la plupart du temps le matériau à utiliser. Néanmoins, étant donné l'évolution rapide des technologies et des meilleures pratiques, il est proposé par le comité de ne pas préciser les matériaux à utiliser et de laisser le libre choix au professionnel. Les tarifs doivent néanmoins être modifiés en conséquence selon le comité (ex. : coût d'une restauration en composite vs en amalgame).

#### 3.4.3.3 Analyse de l'atelier 3 sur la logistique

La flexibilité du choix du lieu de dispensation des services selon les milieux est mise de l'avant par plusieurs participants pour maximiser l'offre de services et l'accès (voir le tableau 8). La diversité des approches et leur complémentarité sont importantes : il faut s'écarter du modèle unique selon le comité, car il exclut certaines communautés. On note un consensus sur la proximité des services (y compris les cliniques mobiles), la diversité des milieux, l'implication du milieu de l'éducation, un renforcement de la santé dentaire publique et l'interdisciplinarité. Néanmoins, les préférences vont vers des installations en centre hospitalier ou en CLSC, accompagnées d'un service mobile. L'importance d'aller dans le milieu de vie des personnes (y compris les organismes communautaires) est mentionnée.

Un consensus se dégage sur un financement par le gouvernement, une gestion locale et une implication du milieu de l'enseignement (voir le tableau 9).

Une reddition de comptes au gouvernement doit être implantée : c'est un concept intéressant pour la pérennité des services, la recherche et le développement des bonnes pratiques. On mentionne aussi l'importance de créer une communauté de pratique et d'évaluer la qualité de l'acte. Les membres du comité mentionnent qu'il ne faut pas oublier l'importance d'une rémunération juste pour le travail accompli, et un mode de rémunération approprié. Le recrutement de professionnels en dépend.

Tableau 8 : Analyse de l'atelier 3 concernant les lieux

Dans quels lieux considérez-vous que ces services devraient être rendus?	
Lieu (n <sup>bre</sup> de personnes)	Justification des choix
Centres hospitaliers (6/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprofessionnalisme (intégration au système de santé)</li> <li>• Très fréquentés par les personnes qui nécessitent beaucoup de soins</li> <li>• Réponse aux besoins de certaines clientèles ciblées (déficience, TSA, DPJ, etc.)</li> </ul>
CLSC (6/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprofessionnalisme (intégration au système de santé)</li> <li>• Réponse aux besoins de certaines clientèles ciblées (déficience, TSA, DPJ, etc.).</li> <li>• Services de proximité</li> <li>• Une partie de la structure est déjà en place</li> <li>• Lieu de confiance</li> </ul>
Soutien à domicile (5/11) – cliniques mobiles (5/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité (régions éloignées, milieu urbain, etc.)</li> <li>• Réponse à la barrière liée à la mobilité (handicap, etc.)</li> <li>• Lieu de confiance</li> </ul>
Cliniques privées (5/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structures déjà existantes</li> </ul>
Organismes communautaires (4/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité</li> <li>• Lieu de confiance</li> <li>• Interprofessionnalisme</li> <li>• « Culture d'aide »</li> <li>• Gestion décentralisée, près des besoins de la clientèle</li> <li>• Profits réinvestis de façon discrétionnaire</li> </ul>
Écoles (4/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité</li> <li>• Lieu de confiance</li> <li>• Accès facile aux jeunes en situation de vulnérabilité</li> <li>• Sans incidence sur la vie professionnelle des parents</li> <li>• Permet l'organisation de plusieurs courtes visites (désensibilisation)</li> <li>• Éducation et prévention</li> <li>• Structure (une partie) déjà en place</li> </ul>
Cliniques des cégeps et des universités (1/11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage des étudiants et sensibilisation aux différentes populations</li> <li>• Permet de voir une grande masse de population</li> <li>• Structures déjà existantes</li> <li>• Implication d'étudiants et d'enseignants</li> </ul>

Tableau 9 : Analyse de l'atelier 3 concernant la gestion

Est-ce que les « cliniques » devraient être gérées entièrement par le gouvernement?	
<p><b>En faveur de la gestion par OBNL (4/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité et imputabilité locales (assurer une reddition de comptes adéquate)</li> <li>• Efficience</li> <li>• Sentiment d'appartenance</li> <li>• Réinvestissement de tous les surplus budgétaires</li> <li>• Responsabilité des gestionnaires auprès d'un CA</li> <li>• « Culture d'aide »</li> <li>• Sources de financement variées</li> <li>• Collaboration des citoyens, des travailleurs et des gestionnaires pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés</li> <li>• Favorisation de l'éducation et de la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs</li> <li>• Pouvoir des professionnels démystifié, donc partage du pouvoir et du savoir entre les intervenants de la santé et les gens du quartier (se réapproprier du pouvoir sur leur santé)</li> </ul>	<p><b>En défaveur de la gestion par OBNL (3/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problème de financement au démarrage</li> <li>• Risque de conflits d'intérêts entre le dentiste traitant et le donateur (ex. : compagnies de soins dentaires)</li> <li>• Pérennité difficile</li> </ul>
<p><b>En faveur de la gestion par le gouvernement (3/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barèmes et principes bien établis pour éviter une concurrence avec les cliniques privées</li> <li>• Qualité de l'acte gérée par l'agrément et les CMDP</li> </ul>	<p><b>En défaveur de la gestion par le gouvernement (1/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agilité plus difficile</li> <li>• Méconnaissance des milieux dentaires</li> </ul>
<p><b>En faveur d'un partenariat public-privé (2/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposition de soins préventifs gérés par le gouvernement et de soins curatifs gérés par le privé</li> </ul>	–
<p><b>En faveur d'une cogestion par les établissements d'enseignement et un OBNL (2/11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation commune des lieux</li> <li>• Attraction et rétention de l'équipe dentaire</li> <li>• Intégration de meilleures pratiques et d'innovation</li> <li>• Accès aux équipes de professionnels</li> <li>• Soutien des chercheurs</li> <li>• Apport des étudiants</li> </ul>	–

Pour la contribution financière des patients (voir le tableau 10), le montant demandé doit être équitable et lié à leur capacité de payer (p. ex. : Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD).

Tableau 10 : Analyse de l'atelier 3 concernant la contribution financière des patients

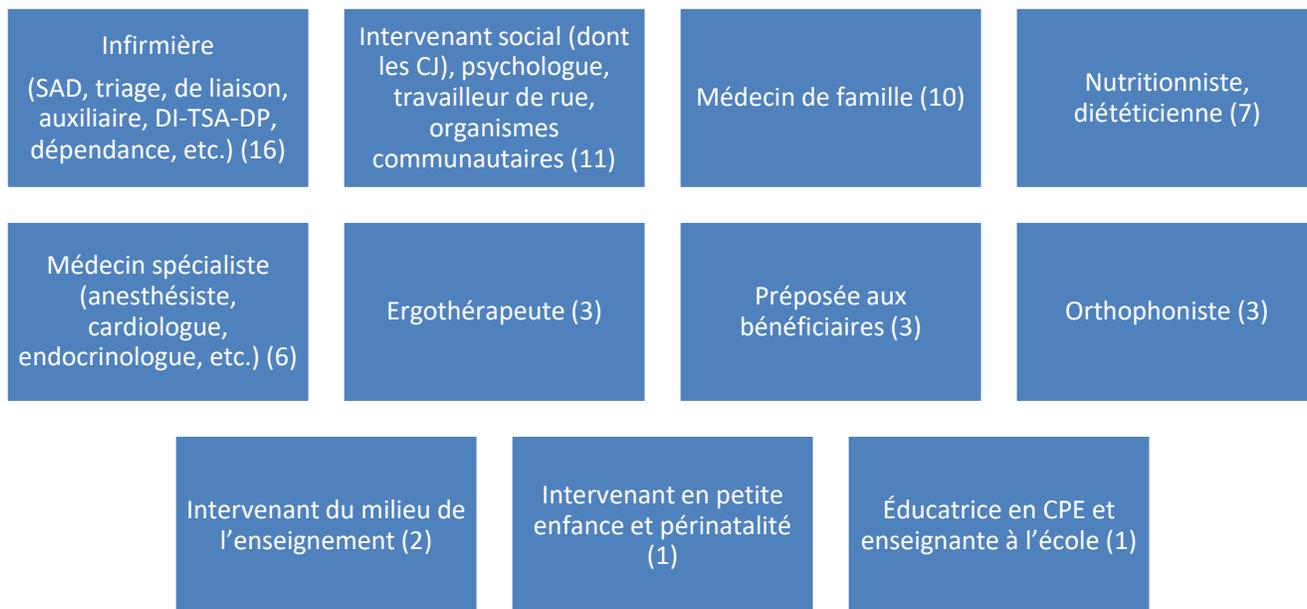
De quelle façon croyez-vous qu'une telle contribution pourrait être demandée à la population?		
Propositions	Nombre	Justification, choix, élaboration, avantages et désavantages
Pourcentage des soins à payer en fonction du revenu de la personne	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus équitable</li> <li>• Effets pervers sur l'émancipation socioéconomique de certains groupes vulnérables</li> <li>• Les clientèles vulnérables devraient être traitées gratuitement pour les soins de base</li> </ul>
Services de base gratuits et contribution pour les services plus électifs	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple</li> <li>• P. ex. : pour les services avec frais de laboratoire</li> </ul>
Coût d'inscription annuel à la clinique dentaire communautaire	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P. ex. : franchise à chaque début d'année, ce qui permet d'avoir accès à la couverture (s'inspirer du régime public d'assurance médicaments du Québec)</li> </ul>
Montant de base par visite	1	–
Autres : 1. Tarifs RAMQ 2. Système universel de base assuré par l'État et financé par les impôts 3. Supplément de revenus garantis (SRG) et portion assumée par l'utilisateur		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrence des cabinets privés, difficilement rentable pour les cliniques publiques, car le fait de traiter une partie de la clientèle gratuitement en raison du mode de rémunération du dentiste entraîne un manque à gagner pour l'établissement public et une lourdeur dans la gestion administrative.</li> <li>• Une rétribution mettrait un frein pour les ménages à très faibles revenus qui ne bénéficient pas de l'assistance sociale. De plus, les frais de gestion risquent d'être supérieurs aux montants récoltés.</li> </ul>

#### 3.4.3.4 Analyse de l'atelier 4 sur l'interprofessionnalisme

Plusieurs liens auraient avantage à être développés avec différents types de professionnels (voir la figure 6). Les plus fréquemment cités sont les infirmières, les intervenants sociaux et les médecins de famille. L'intégration de la santé dentaire dans la formation initiale de ces professionnels est mentionnée comme étant très importante.

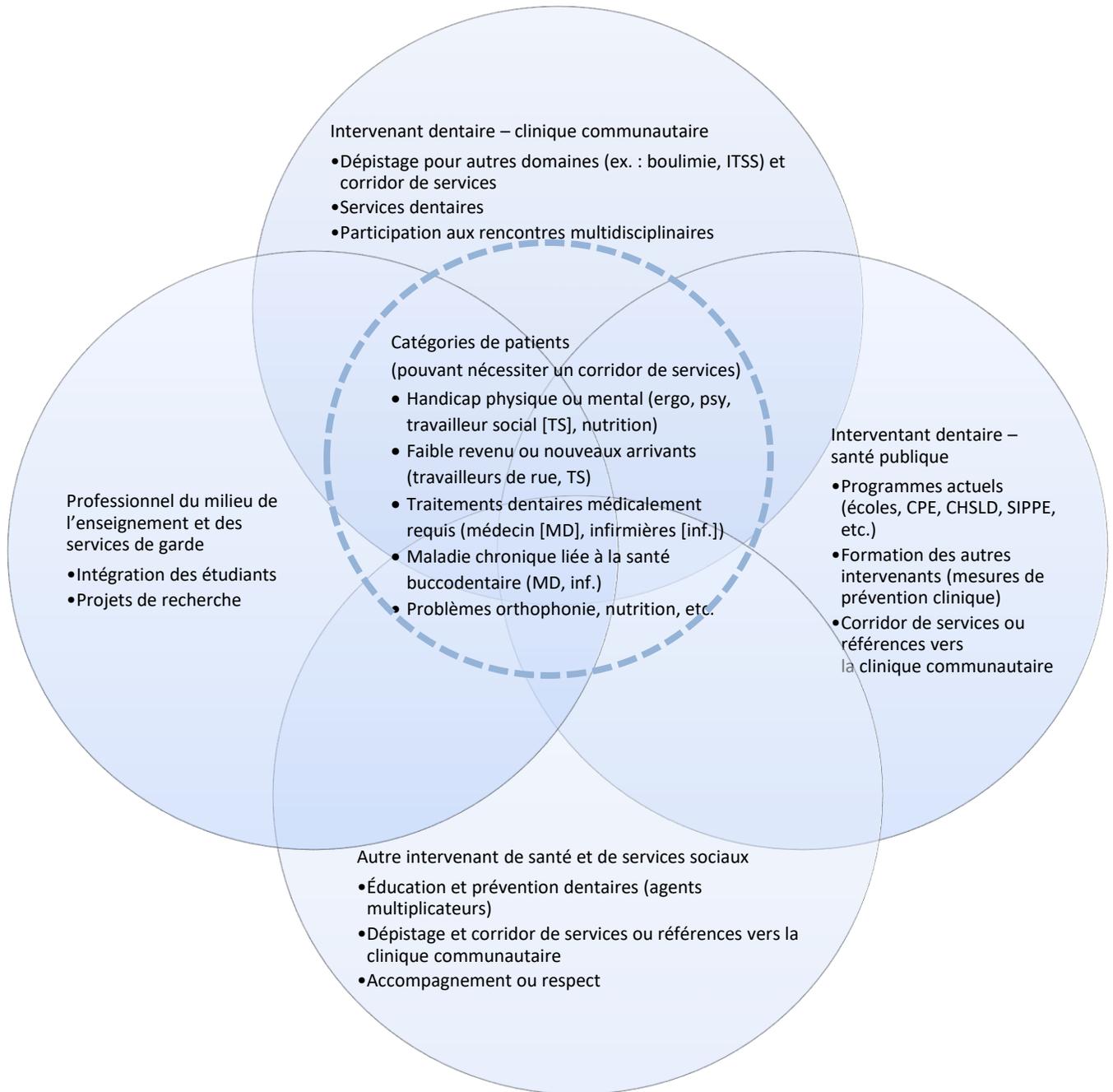
L'intersectorialité est aussi mentionnée, par exemple le lien entre une clinique communautaire, une clinique dentaire privée et la mairie ou un organisme communautaire. La santé dépasse l'espace de la clinique.

Figure 6 : Types de professionnels avec qui les professionnels du domaine dentaire devraient collaborer, selon le comité, et nombre d'occurrences entre parenthèses



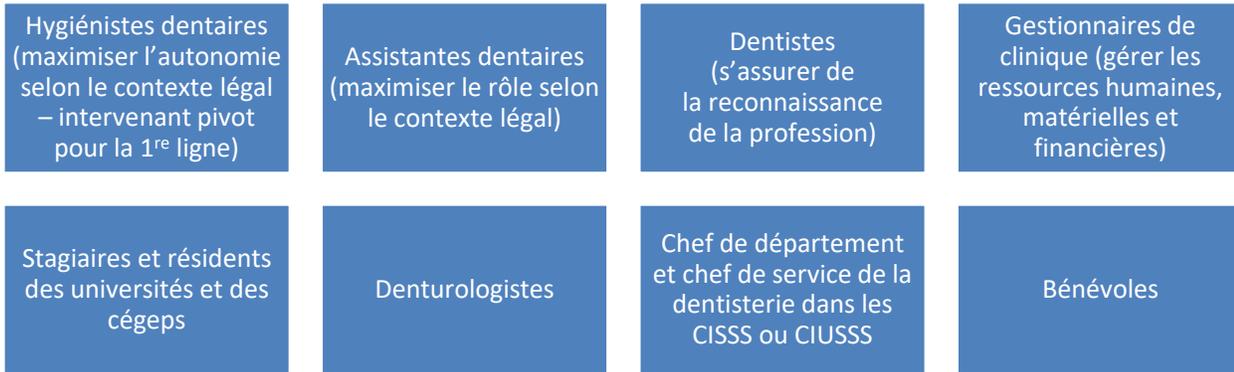
Des corridors de services pourraient être développés entre les professionnels des soins dentaires et les autres professionnels afin de favoriser une intégration des services dentaires dans le système de santé (figure 7). Des liens sont évoqués entre les intervenants des cliniques dentaires communautaires, les intervenants de santé dentaire publique, d'autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), les professionnels du milieu de l'enseignement et des services de garde éducatifs à l'enfance avec, au centre, les patients.

Figure 7 : Type de collaboration selon les catégories de professionnels en interdisciplinarité



La maximisation des rôles des différents intervenants du domaine dentaire est aussi très importante (voir la figure 8). Il est par ailleurs capital de définir une vision commune et d'attribuer les responsabilités aux différents professionnels afin d'avoir une plus grande efficacité. Le rôle pivot que pourraient avoir les hygiénistes dentaires est mentionné par plusieurs membres du comité.

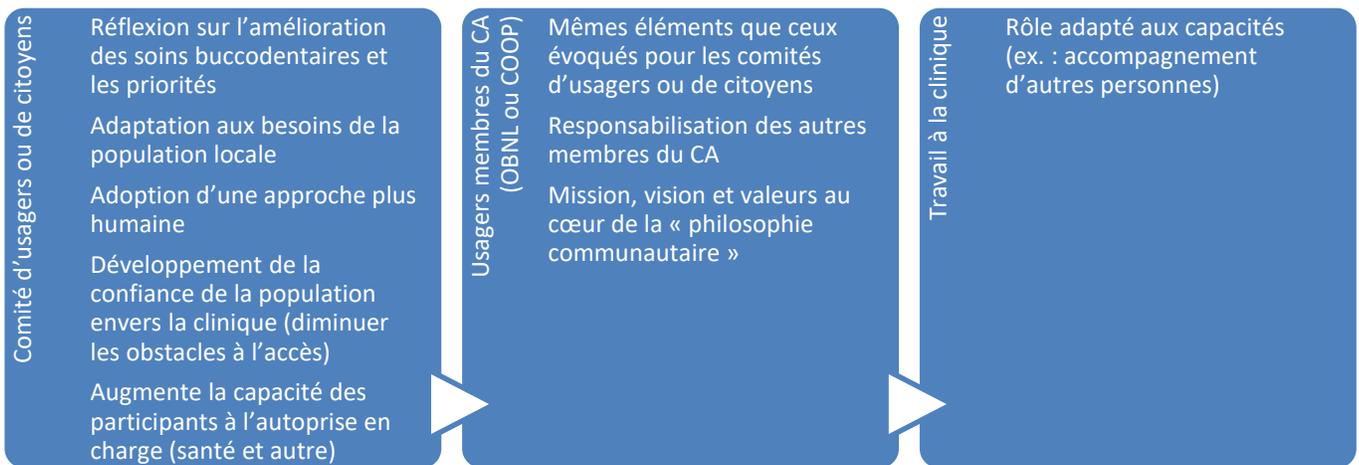
Figure 8 : Différents professionnels dentaires impliqués dans un modèle de clinique dentaire



Concernant l'intégration de représentants de la population (voir la figure 9), on aborde l'apport essentiel des membres de la communauté dans l'accompagnement des intervenants pour les outiller à mieux répondre à la mission de la clinique communautaire. Il est important de documenter les besoins prioritaires locaux et de voir si les perspectives des intervenants rejoignent celles des patients et répondent à leurs besoins.

L'implication des patients dans la gestion de la clinique communautaire démystifie le milieu de soins et peut notamment leur donner la motivation et le pouvoir de prendre leur santé en main. On propose d'intégrer la population à des comités d'usagers ou de citoyens, au conseil d'administration (CA) ou directement à la clinique.

Figure 9 : Intégration de représentants de la population



### 3.4.3.5 Analyse de l'atelier 5 sur le rapport d'accès aux soins dentaires<sup>‡</sup>

La question 1a) de l'atelier 5 est : « Est-ce que la section "Planification" du rapport correspond aux discussions tenues dans le cadre du comité consultatif; y a-t-il des ajouts à effectuer selon vous? »

<sup>‡</sup> Le rapport dont il est question est le rapport actuel, mais dans une version de travail précédente.

Les commentaires reçus ont été regroupés selon leur sujet. D’aucuns ont rapporté vivre une déception face à l’universalisme qui ne constitue pas un des objectifs ciblés dans la section « Planification » du Rapport d’accès aux soins dentaires. D’autres remettent en question la responsabilité du financement des projets pilotes et de la phase 2, le risque d’iniquité dans les différents paniers de services des programmes offerts au Québec (p. ex. : assistance sociale comparativement aux services offerts aux gens à faible revenu dans le cadre des cliniques dentaires communautaires de première ligne), ainsi que la portée réelle de l’accès à de la sédation consciente (telle que le protoxyde d’azote) sur la diminution des besoins en anesthésie générale.

Certains éléments du modèle devront être clarifiés dans le cadre de référence concernant les cliniques dentaires communautaires de première ligne : quels corridors de services seront développés et de quelle façon, quelle sera l’implication de la population, comment seront gérées les urgences dentaires, comment seront rémunérés les dentistes et quel sera précisément le panier de services.

Finalement, l’ajout de volets d’éducation et d’information est proposé dans chacune des priorités, ainsi qu’un volet particulier pour les personnes vivant avec un handicap.

Pour la question 1b) de l’atelier 5 : « Est-ce que la section “Planification” du rapport correspond aux discussions tenues dans le cadre du comité consultatif; y a-t-il des retraits à effectuer selon vous? », la réponse a été consensuelle : rien n’est à supprimer du plan d’action proposé. Les priorités d’action suggérées à la question 2 sont variables d’un répondant à l’autre.

« Quels rôles pourraient ou devraient avoir les étudiants en médecine dentaire et en hygiène dentaire dans les projets pilotes présentés ? » était la question 3 de l’atelier 5, et les gens ont très favorablement répondu à une implication des étudiants. Les réponses ont été séparées en deux grandes classes, soit « Tâches terrain » et « Avantages personnels ». La figure 10 présente les tâches terrain que ces derniers pourraient réaliser, alors que la figure 11 présente les avantages personnels que pourraient tirer des étudiants en s’impliquant, toujours selon les répondants.

*Figure 10 : Tâches terrain à réaliser par les étudiants*



Figure 11 : Avantages personnels pour les étudiants



Il a été intéressant de constater que deux des répondants ont demandé à ce que les étudiants aient accès à de la formation théorique propre aux clientèles vulnérables avant de pouvoir œuvrer dans les cliniques communautaires.

Finalement, la question 4 de l'atelier 5 sondait la satisfaction générale des répondants quant à la planification proposée, et une note de 8,7 a été attribuée.

Enfin, le rapport actuel a été adapté aux commentaires et aux suggestions reçus, tout en s'ajustant au contexte politique et aux possibilités.

#### 3.4.3.6 Conclusions des ateliers du comité consultatif d'analyse de l'accès aux soins dentaires

- L'ensemble de la population devrait idéalement être assurée par le système public. La barrière financière est la plus importante, puisqu'elle touche une proportion importante de la population n'ayant pas accès aux soins dentaires. Une attention particulière doit toutefois être portée aux régions éloignées.
- L'ensemble des services dentaires devrait idéalement être assuré par le système public. Néanmoins, en plus des soins préventifs et curatifs de première ligne, la sédation consciente, les obturations en composite ou en verre ionomère, les prothèses avec squelette métallique et l'endodontie devraient être priorisés.
- Il est important d'assurer la proximité des services et la diversité des milieux. Néanmoins, les préférences quant aux lieux de dispensation des services vont vers des installations en centre hospitalier ou en CLSC, accompagnées d'un service de soutien à domicile.
- Un consensus est dégagé quant à un financement par le gouvernement et à une gestion locale.
- Une reddition de comptes gérée par le gouvernement doit être implantée.
- La rémunération des professionnels doit être juste pour le travail accompli, et le mode de rémunération doit être approprié.
- La contribution financière du patient est possible, mais elle doit être équitable et liée à sa capacité de payer.
- Plusieurs liens interprofessionnels auraient avantage à être développés avec différents types de professionnels, de même que des corridors de services.
- Les rôles des différents intervenants du domaine dentaire doivent être maximisés.
- Il est essentiel d'intégrer la population à des comités d'usagers ou de citoyens, au CA ou directement à la clinique.
- L'implication des milieux de l'enseignement est essentielle (ex. : sensibilisation des étudiants aux populations en situation de vulnérabilité).
- Un renforcement de la santé dentaire publique en parallèle est nécessaire.

### 3.4.4 Approche mixte (consultation de la population)

#### 3.4.4.1 Résultats du sondage et analyse

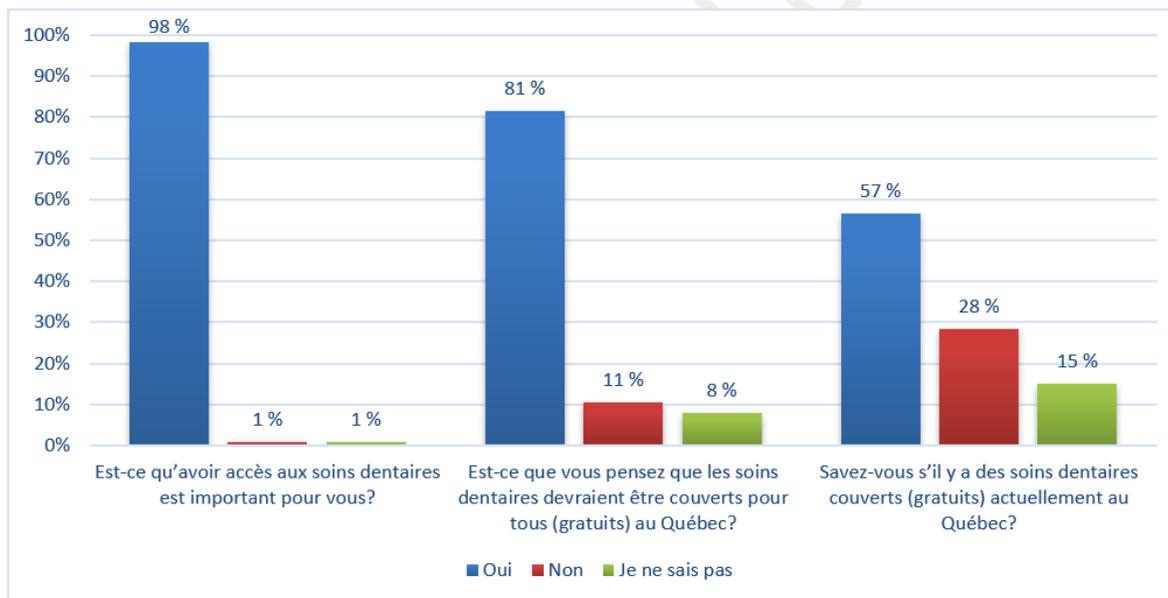
Le sondage a été envoyé au début du mois de mars 2020 par le Conseil pour la protection des malades à environ 200 comités d'usagers et de proches aidants du Québec. Ces comités sont composés d'un minimum de 5 personnes. Parmi les personnes invitées à répondre (n ~ 1 000), 120 participants ont rempli le sondage, ce qui représente un taux de réponse de 12 %. Et 6 % d'entre eux ont préféré répondre au sondage en anglais.

Bien que le taux de réponse soit bas, les groupes ciblés sont néanmoins des usagers du système de santé et des proches aidants, les rendant représentatifs de la population. Par contre, la visée étant à la base d'orienter les groupes de discussion, le profil sociodémographique de ces personnes n'a pas été collecté.

##### 3.4.4.1.1 Question 1

#### Résultats :

Graphique 5 : Réponses à la question 1



- Avoir accès aux soins dentaires est important pour la quasi-totalité des répondants.
- Plus de 8 répondants sur 10 mentionnent penser que les soins dentaires devraient être assurés pour tous.
- Seuls 6 répondants sur 10 étaient au courant que certains soins dentaires étaient assurés au Québec.

#### Analyse :

- Une couverture universelle pour tous semble être ce vers quoi tendent les répondants.
- Afin d'augmenter le recours aux soins dentaires déjà assurés par le gouvernement, il faudrait s'assurer que les populations concernées comprennent les services auxquels ils ont droit.

### 3.4.4.1.2 Question 2

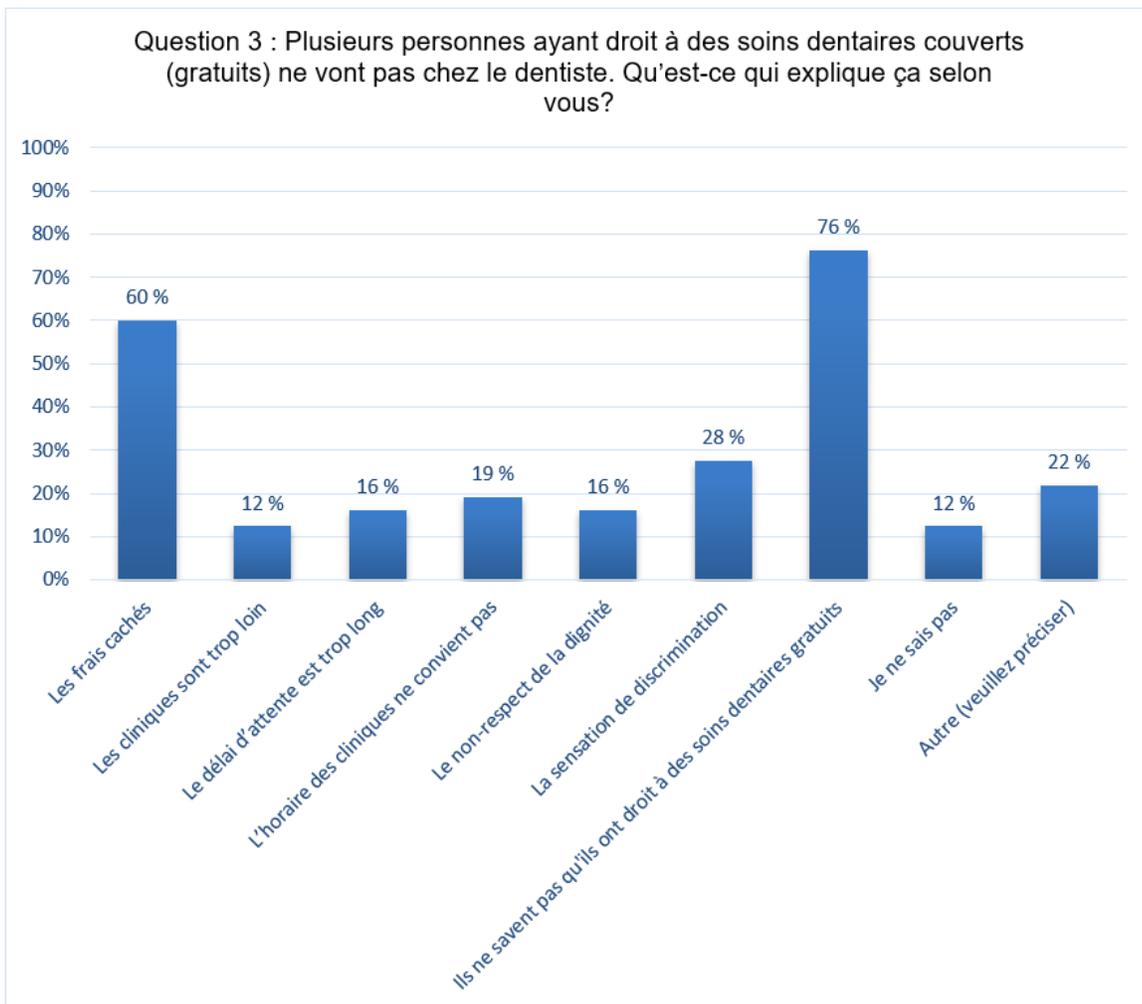
**Résultats :** En réponse à la question « Hormis les populations déjà assurées pour les soins dentaires par le gouvernement, qui d'autre devrait obtenir en priorité des soins dentaires couverts (gratuits), selon vous? », trois groupes se démarquent particulièrement : les adolescents, les adultes et les aînés à faible revenu.

**Analyse :** Les commentaires formulés par les répondants tendent encore une fois vers une couverture universelle pour tous, particulièrement pour les personnes à faible revenu sans assurance.

### 3.4.4.1.3 Question 3

**Résultats :**

*Graphique 6: Réponses à la question 3*



- Près de 8 répondants sur 10 ont mentionné penser que les gens ne savent pas qu'ils ont droit à des soins assurés.
- Six répondants sur 10 ont mentionné que les frais qui ne sont pas clairement mentionnés auraient une influence sur le recours aux soins dentaires assurés.

- Environ le tiers des répondants a mentionné que la discrimination pourrait influencer sur le recours aux soins dentaires assurés.
- Dans les commentaires des participants, 9 personnes mentionnent le manque d'éducation, 6 personnes la peur, 3 personnes l'insuffisance des services assurés et 2 personnes la difficulté à se déplacer.

#### **Analyse :**

- Encore une fois, afin d'augmenter le recours aux soins dentaires déjà assurés par le gouvernement, il faudrait s'assurer que les populations concernées comprennent les services auxquels ils ont droit et faire des campagnes d'éducation.
- Des programmes d'éducation auprès des professionnels dentaires concernant la divulgation des tarifs, le sentiment de discrimination et les inégalités d'accès aux soins dentaires sont à développer.

#### 3.4.4.1.4 Question 4

#### **Résultats :**

À la question 4, « Selon vous, quelle serait la meilleure façon de faire connaître les soins dentaires couverts (gratuits)? », voici les conclusions des répondants :

- Le dépliant explicatif semble être l'avenue favorisée par les répondants, suivi de séances de discussion dans les organismes communautaires.
- Dans les commentaires, on mentionne que les cliniques dentaires pourraient être plus engagées dans leur communauté. On mentionne aussi que les autres professionnels de la santé devraient avoir un rôle d'éducation en matière de santé dentaire (ex. : médecins, infirmières, etc.).
- Autres propositions : messages publicitaires à la télévision ou à la radio (plusieurs occurrences), dans les écoles ou les agendas scolaires, dans les centres locaux d'emploi ou dans les lieux publics, conférences dans les milieux de vie et feuillet remis avec le renouvellement de la carte d'assurance maladie.

#### **Analyse :**

- Le niveau de littératie doit être adapté, peu importe le support utilisé. Le lieu choisi pour la diffusion doit dépendre de la population ciblée (ex. : conférence en CHSLD pour le programme de soins dentaires en CHSLD).
- En collaboration avec les directions régionales de santé publique, former d'autres types de professionnels (ex. : médecins, infirmières) à appliquer des mesures de prévention clinique en santé dentaire. Des mesures de prévention clinique avec les directions de santé publique pour la formation d'autres types de professionnels (ex. : médecins, infirmières) pourraient être développées.
- Encore une fois, des programmes d'éducation auprès des professionnels dentaires concernant les inégalités d'accès aux soins dentaires sont à développer.

#### 3.4.4.1.5 Question 5

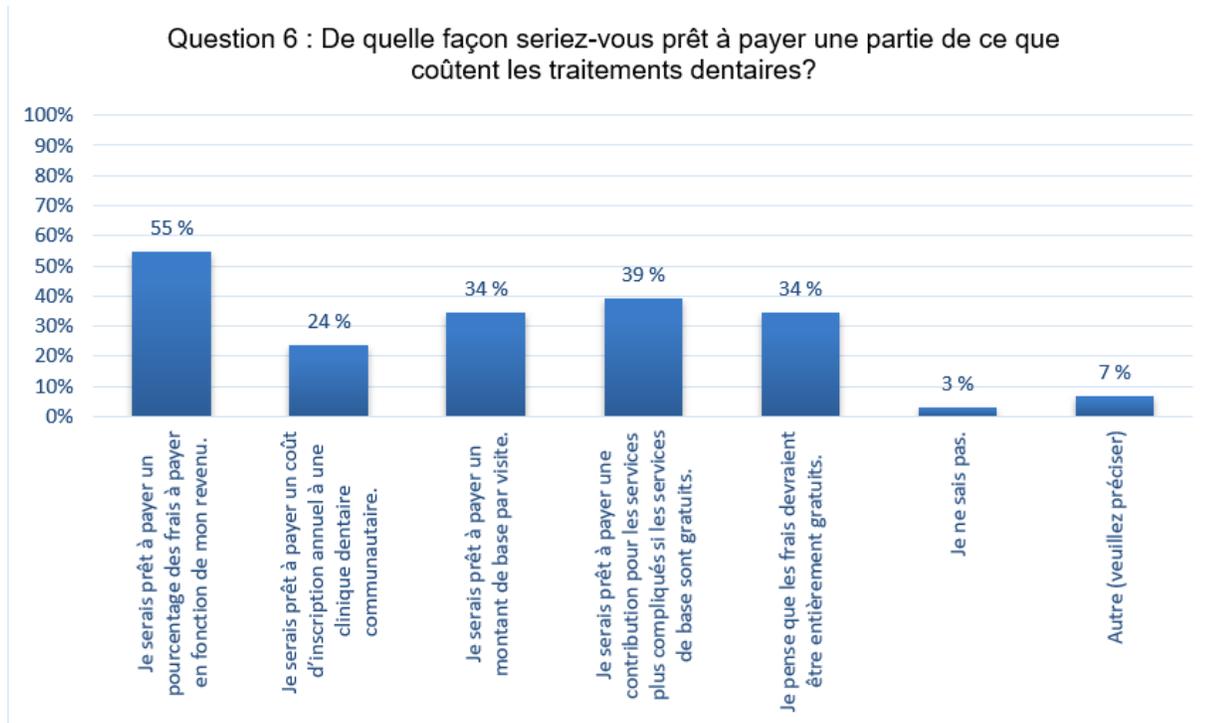
#### **Résultats :**

À la question « Quels soins dentaires devraient être couverts (offerts gratuitement) en priorité selon vous? », voici les conclusions des répondants :

- Les deux tiers des répondants considèrent que les examens, les nettoyages, les radiographies et les obturations devraient être des services priorités pour un panier de services.
- Le tiers des répondants considère que les prothèses, les extractions, la gestion de la douleur et la prévention devraient être des services priorités.
- Selon les commentaires des participants, une couverture de tous les services pour tous est mentionnée à quelques reprises.

#### 3.4.4.1.6 Question 6

Graphique 7: Réponses à la question 6



- Les avis des répondants sont assez divisés entre les différentes catégories proposées. Néanmoins, une contribution déterminée en fonction du revenu semble convenir à plus de répondants.

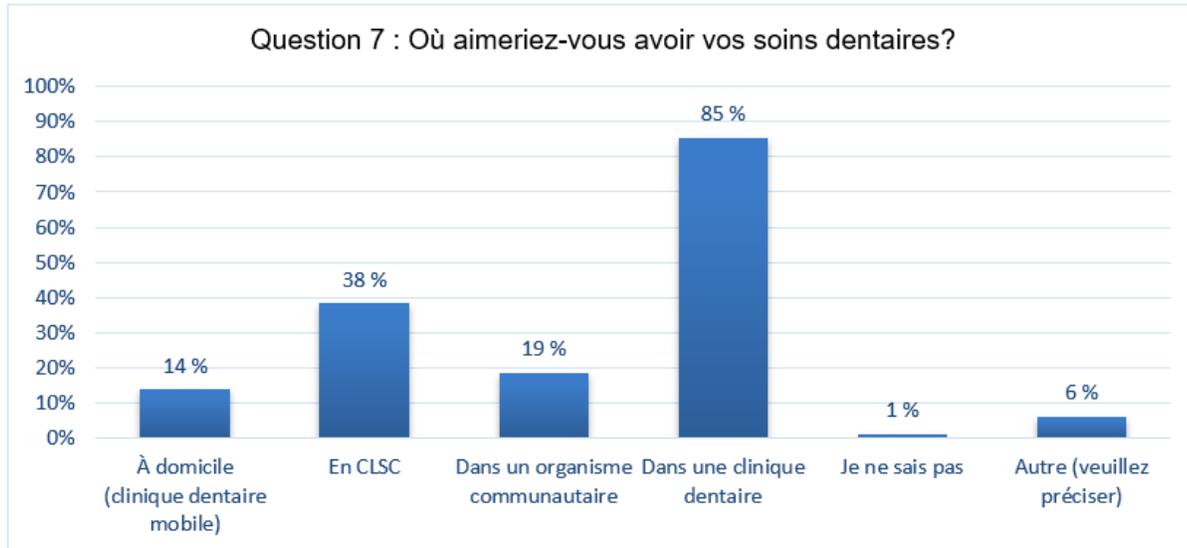
#### Analyse :

- Alors que pour certaines questions, les répondants répondent en faveur d'une couverture universelle pour tous, il est intéressant de mentionner que seulement 34 % des répondants ont mentionné que les services devraient être entièrement gratuits.

### 3.4.4.1.7 Question 7

#### Résultats :

Graphique 8 : Réponses à la question 7



- La grande majorité des répondants a mentionné préférer recevoir les services en clinique dentaire, suivie par les CLSC.

#### Analyse :

- Ils sont 14 % à avoir un intérêt pour les services à domicile. À noter que ce pourcentage peut être sous-estimé puisque ces services visent une population précise qui est probablement peu représentée parmi les répondants.
- Le profil sociodémographique des répondants n'a pas été collecté. Ainsi, la tendance vers la clinique dentaire peut être liée à l'habitude qu'ont les répondants d'aller y chercher leurs services.

#### 3.4.4.1.8 Question 8

À la question « Quand aimeriez-vous avoir vos soins dentaires? », voici l'analyse des résultats :

- Les cliniques devraient idéalement être ouvertes la semaine de jour pour la plus grande partie de leur horaire, mais offrir des plages horaires certains soirs.
- Un système d'urgence universel devrait être instauré (ex. : clinique de gestion de la douleur dentaire pour les examens, les radiographies, les extractions, les ouvertures d'urgence, les prescriptions).

#### 3.4.4.1.9 Conclusions du sondage

- Une couverture universelle pour tous semble représenter l'idéal des répondants.
  - Néanmoins, trois groupes se démarquent particulièrement : les adolescents, les adultes et les aînés à faible revenu.
- Les soins préventifs et de première ligne devraient être priorités pour un panier de services.
  - Un système d'urgence universel devrait être instauré (ex. : clinique de la douleur).
- Les populations pouvant bénéficier de services dentaires assurés semblent ne pas être bien informées des services auxquels elles ont droit.
  - Des programmes d'éducation auprès de la population quant aux services assurés devraient être mis sur pied.
- Des programmes d'éducation auprès des professionnels devraient être développés :
  - Formation sur les inégalités sociales pour les professionnels dentaires : la divulgation des tarifs et le sentiment de discrimination auraient une influence sur le recours aux soins dentaires assurés.
  - Développement de mesures de prévention clinique avec les directions de santé publique pour la formation d'autres types de professionnels (ex. : médecins, infirmières).
- La grande majorité des répondants a mentionné préférer recevoir les services en clinique dentaire, suivie par les CLSC.
- Les cliniques devraient idéalement être ouvertes la semaine de jour pour la plus grande partie de leur horaire, mais offrir des plages horaires certains soirs.

#### 3.4.4.2 Groupes de discussion avec la population

La consultation publique prise en charge par le MSSS est reportée en raison de la pandémie de COVID-19.

## 4. PLANIFICATION

La démarche présentée dans ce document soutient la planification d'un projet global d'amélioration de l'accès aux soins dentaires au Québec. Ce projet implique l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des services buccodentaires dans le but de réduire les inégalités sociales et d'améliorer l'efficacité et l'harmonisation des services en fonction des besoins de la population.

#### 4.1 Recommandations

Voici les recommandations émanant de l'ensemble de la démarche :

- Revoir la gouvernance des services dentaires en établissement.
- Élaborer un plan des effectifs dentaires en établissement.
- Élaborer une saisie des statistiques cliniques afin de pouvoir mesurer l'efficacité des programmes.
- Bonifier l'offre de services pour les populations ayant des barrières à l'accès :
  - barrière financière;
  - barrière cognitive;
  - barrière liée à la mobilité.
- Prioriser les soins préventifs et curatifs de première ligne, dont les soins d'urgence.
- Favoriser l'intégration de la santé dentaire au système de santé ainsi que la collaboration interprofessionnelle, dont le développement de mesures de prévention clinique et la création de corridors de services.
- Sensibiliser les professionnels dentaires à l'accès aux soins dentaires et aux inégalités sociales.
- Stimuler le recours de la population aux services dentaires offerts.
- Impliquer les populations cibles en tant que partenaires.
- Impliquer les milieux d'enseignement en tant que partenaires.

#### 4.2 Priorités d'action (à moduler en fonction des possibilités et des enjeux)

Figure 12 : Priorités d'action

Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3
Révision globale de la gouvernance, de l'organisation et des effectifs en établissement		
Cliniques dentaires communautaires de première ligne (faible revenu)	Soins dentaires pour les régions éloignées et la télédentisterie	Sensibilisation des professionnels dentaires et de la population en lien avec l'accès aux soins dentaires
Soins dentaires à domicile	Soins dentaires en lien avec les maladies rares	Santé dentaire pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles en centre jeunesse
Stratégie d'organisation des services dentaires préventifs et curatifs des communautés conventionnées	Révision du programme de prothèses maxillo-faciales et soins dentaires médicalement requis	Stratégie pour la prévention et le contrôle de la carie de la petite enfance

#### 4.2.1 Réviser la gouvernance, l'organisation et les effectifs en établissement

L'organisation des soins dentaires au Québec bénéficierait d'une structure mieux définie, notamment au niveau de la gouvernance dans les départements et les services dentaires des CISSSS et des CIUSSS, de la définition des rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que de la définition d'une vision et d'objectifs communs. Des travaux concernant les plans d'effectifs dentaires par rapport à la population doivent être entrepris et des cadres de références élaborés pour l'ensemble des programmes. Enfin, des processus de reddition de comptes auraient davantage à être instaurés afin d'améliorer l'équité et l'efficacité des services à la population.

#### 4.2.2 Développer un réseau de cliniques dentaires communautaires de première ligne

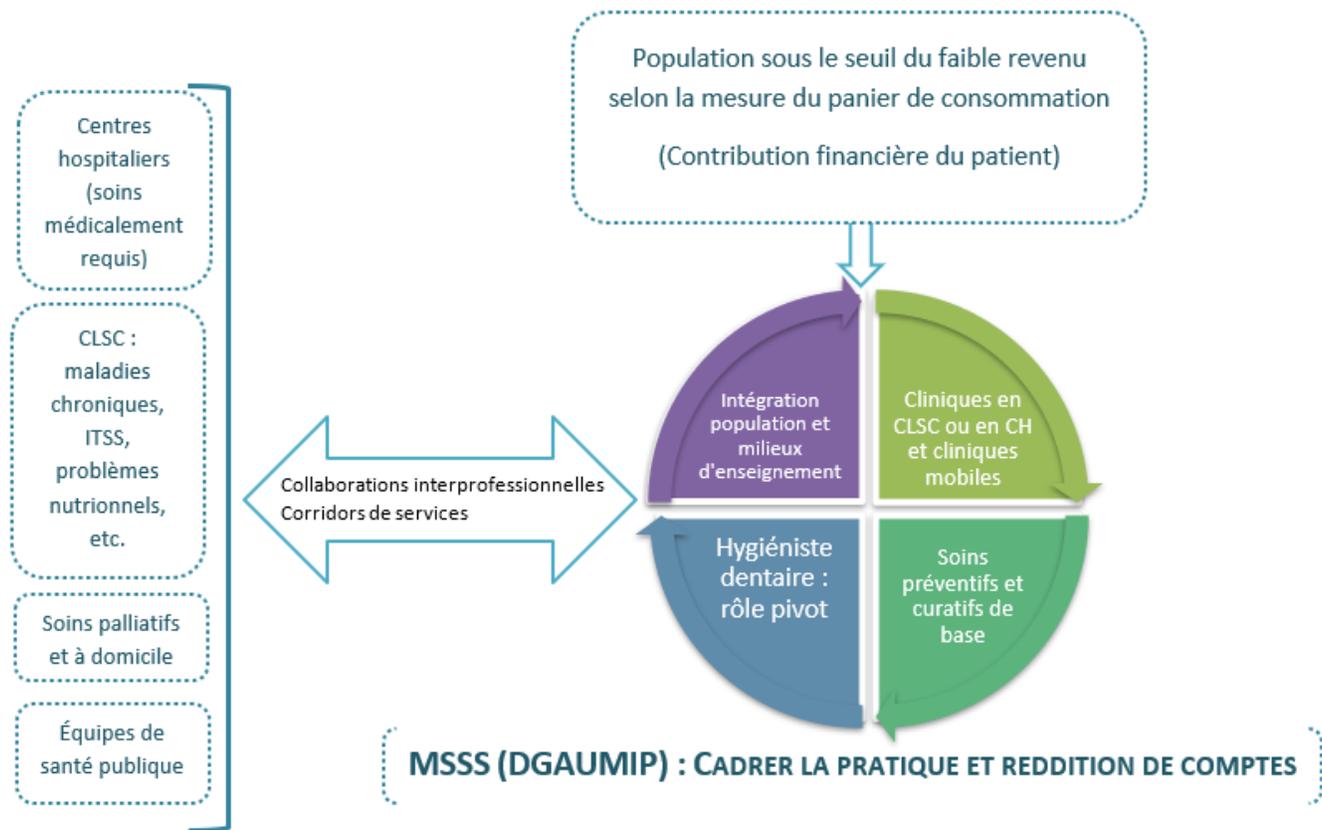
##### Modèle

Le modèle présenté à la figure 12 découle de la démarche décrite précédemment. C'est un exemple de clinique dentaire communautaire qui pourrait être implanté. Néanmoins, son implantation peut prendre plusieurs formes. Quelques cliniques dentaires communautaires déjà implantées ou en cours d'implantation correspondent partiellement ou complètement à ce modèle.

Voici les paramètres du modèle présenté à la figure 12 :

- Population cible : personnes sous le seuil du faible revenu selon la mesure du panier de consommation, n'étant pas prestataires d'un programme d'assistance sociale.
- Lieu : centres hospitaliers ou CLSC, accompagnés d'un service mobile (importance de la proximité des services).
- Panier de services : soins préventifs et curatifs de base de première ligne (voir le point 3.4.3.2).
- Professionnels dentaires : dentistes, hygiénistes, denturologistes et assistants – maximisation du rôle de chaque intervenant en fonction du projet de loi n° 15 de 2020.
- Service intégré : développement de corridors de services (maladies chroniques, soins médicalement requis, ITSS, nutrition, etc.) et de liens interprofessionnels.
- Intégration : population, santé publique et milieux d'enseignement.
- Contribution financière du patient : différents modèles à explorer.
- Suivi : évaluation coût-efficacité et évaluation d'implantation avec reddition de comptes prévue au MSSS (DGAUMIP).

Figure 13 : Exemple de modèle – cliniques dentaires communautaires de première ligne



### Objectif

- Donner accès aux soins dentaires préventifs et curatifs de première ligne aux populations en situation de vulnérabilité, soit les populations sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation, et n'étant pas prestataires d'un programme d'assistance sociale.

### Étapes de développement prévues :

- **Phase 1 :**
  - Phase 1 A : projet pilote de cliniques dentaires communautaires de première ligne :
    - environ 22 000 personnes;
    - la plupart de ces cliniques sont déjà en activité ou prêtes à démarrer;
    - évaluation d'implantation des projets pilotes.
  - Phase 1 B : évaluation coût-efficacité de différents modèles d'organisation.
  - Phase 1 C : couverture de l'ensemble de la population sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation du Québec en fonction des résultats des évaluations des phases 1 A et 1 B :
    - représente environ 7 % de la population du Québec, soit 600 000 personnes.
- **Phase 2 et subséquentes :** couverture progressive du reste des personnes n'ayant pas accès aux soins dentaires au Québec :
  - représente environ 20 % de la population en plus du 7 % précédent.

### **Évaluation des projets**

Des plans d'évaluation coût-efficacité et d'évaluation d'implantation des projets pilotes seront créés afin d'assurer un suivi de plusieurs indicateurs permettant de comparer les différents modèles. Des modifications au modèle théorique seront effectuées en fonction des résultats de l'évaluation. Les groupes de discussion avec la population n'ayant pas pu avoir lieu au printemps 2020 en raison de la pandémie de COVID-19 pourront avoir lieu dans le cadre de cette évaluation.

#### **4.2.3 Organiser un réseau de soins dentaires à domicile (SAD)**

L'implantation de soins dentaires à domicile au Québec vise à donner accès aux soins dentaires préventifs et curatifs de première ligne intégrés et à donner accès aux soins d'hygiène quotidiens de la bouche pour les populations bénéficiant de soutien à domicile. Ce projet s'inscrit notamment en amont du Programme québécois de soins buccodentaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui offre des soins préventifs, curatifs et prothétiques aux résidents en CHSLD.

Un cadre de référence est élaboré par le MSSS et l'évaluation d'un projet pilote est en cours.

#### **4.2.4 Établir une stratégie d'organisation des services dentaires préventifs et curatifs des communautés conventionnées**

Dans un souci d'adéquation entre l'accès aux services dentaires, le besoin des populations et l'équité entre les régions, un plan d'effectifs dentaires sera proposé pour les communautés conventionnées du Québec. Une redéfinition du mandat des différents professionnels dentaires sera aussi proposée en tenant compte de la loi n° 15 de 2020, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*.

#### **4.2.5 Organiser les soins dentaires pour les régions éloignées et la télédentisterie**

L'organisation des soins dentaires pour les régions éloignées et le développement de la télédentisterie visent à élaborer un nouveau modèle d'organisation des services buccodentaires qui favorise l'accès aux soins en régions éloignées et à développer des stratégies en milieu d'enseignement pour favoriser l'accès aux soins en régions éloignées. Un cadre de référence sera élaboré par le MSSS et l'évaluation de projets pilotes est prévue.

#### **4.2.6 Analyser l'accès aux soins dentaires en lien avec les maladies rares**

L'analyse de l'accès aux soins dentaires en lien avec les maladies rares vise à évaluer le besoin des personnes aux prises avec des maladies rares ayant des conséquences buccodentaires. Plus particulièrement, les parties prenantes liées aux maladies rares ayant des conséquences buccodentaires seront consultées pour l'élaboration d'un modèle d'organisation du traitement des séquelles buccodentaires de maladies rares.

#### **4.2.7 Réviser le programme de prothèses maxillofaciales**

Les services de prothèses maxillofaciales offerts au Québec nécessitent une révision et une harmonisation. Actuellement, ces services ne sont balisés par aucun document ou programme. Un cadre de référence sera élaboré par le MSSS avec la collaboration des parties prenantes.

#### **4.2.8 Sensibiliser à l'accès aux soins dentaires**

Une démarche de sensibilisation des professionnels dentaires et de la population est prévue, avec la collaboration des parties prenantes.

En effet, afin d'augmenter le recours aux soins dentaires déjà assurés par le gouvernement, il est important de s'assurer que les populations concernées connaissent les services auxquels elles ont droit.

Aussi, des programmes de sensibilisation auprès des professionnels dentaires concernant les inégalités d'accès aux soins dentaires sont à développer.

#### **4.2.9 Réorganiser les soins dentaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles en centre jeunesse**

Les services dentaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles en centre jeunesse doivent être révisés et harmonisés. Actuellement, les services ne sont balisés par aucun document ou programme. Des cadres de référence seront élaborés par le MSSS avec la collaboration des principales parties prenantes.

#### **4.2.10 Réorganiser la prise en charge de la carie de la petite enfance**

La carie dentaire constitue, encore aujourd'hui, un enjeu important de santé publique. Elle touche notamment de manière disproportionnée les enfants, particulièrement ceux issus de groupes de population moins favorisés.

Actuellement, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS assure la gestion et le développement de tous les programmes de santé dentaire publique en petite enfance. Par l'entremise de ces programmes, des soins dentaires préventifs sont offerts à différentes clientèles identifiées plus vulnérables à la carie dentaire. Ces soins sont déployés par les CISSS et les CIUSSS et par les différents partenaires de la DGSP. Pour sa part, la DGAUMIP gère les programmes de soins dentaires cliniques offerts en petite enfance, dont certains sont des services assurés par la RAMQ. Il importe que le MSSS réfléchisse globalement à son offre de soins buccodentaires cliniques et populationnels, d'où la nécessité de développer une vision commune et de construire des programmes complémentaires qui répondront aux besoins de la population.

L'objectif de réorganiser la prise en charge de la carie de la petite enfance est de créer un continuum de services préventifs et curatifs. Ce continuum est établi en fonction de l'ensemble des besoins exprimés par les clientèles de façon transversale, puis réfléchi selon une approche d'universalisme proportionné.

Une stratégie allant des services en périnatalité jusqu'à l'anesthésie générale sera élaborée par le MSSS avec la collaboration des parties prenantes. Notons, par exemple, que l'accès à la sédation consciente doit être évalué, de même que la promotion de techniques minimalement invasives et l'accès à l'anesthésie générale.

## 5. CONCLUSION

Les notions abordées dans cette démarche suscitent une remise en question de l'organisation des soins dentaires au Québec. La restructuration proposée comprend 1) la création de cliniques dentaires communautaires de première ligne pour les populations à faible revenu, en régions éloignées et en soutien à domicile, 2) la sensibilisation des professionnels dentaires et de la population, 3) une réorganisation de la prise en charge des maladies rares avec impact buccodentaire et des services de prothèses maxillofaciales, 4) une réorganisation des soins dentaires pour les personnes en centre jeunesse ou avec des problèmes de santé mentale et de la prise en charge de la carie de la petite enfance.

Une réorganisation de cette ampleur est nécessaire pour améliorer l'accès aux soins dentaires de 27 % des Québécois. Elle demande cependant une volonté et des investissements importants. L'étroite collaboration obtenue au cours des travaux du comité démontre l'intérêt des différents partenaires et professionnels du monde dentaire à s'impliquer dans ce changement et dans la création de nouveaux modèles de prestation de soins. Par ailleurs, l'apport des usagers partenaires dans cette démarche fait ressortir la nécessité de bâtir ces nouveaux modèles, puis d'intégrer davantage la santé dentaire dans le système de santé québécois.

<b>Formulaire de l'organisation des services buccodentaires<sup>4</sup></b>
<b>Établissements</b> : Cliquez ici pour taper du texte.
<b>Installation</b> : Cliquez ici pour taper du texte.
<b>Département</b> : Cliquez ici pour taper du texte.
<b>Règlements du fonctionnement interne</b> : Cliquez ici pour taper du texte.
<b>Informations concernant le dentiste</b> <b>Nom et prénom</b> : Cliquez ici pour taper du texte. <b>Sexe</b> : F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> <b>Privilèges</b> : Cliquez ici pour taper du texte. <b>Obligations</b> : Cliquez ici pour taper du texte. <b>Type de rémunération</b> à l'acte <input type="checkbox"/> à vacation <input type="checkbox"/> à tarif horaire <input type="checkbox"/> <b>Nombre Heures par semaine</b> : Cliquez ici pour taper du texte. <b>Courriel</b> : Cliquez ici pour taper du texte.
<b>Ressources matérielles utilisées</b> : Cliquez ici pour taper du texte. Ex. : salle, fauteuil, clinique mobile, radiographie, autres équipements, etc. <b>Ressources humaines utilisées</b> : Cliquez ici pour taper du texte. Ex. : assistant, réceptionniste, hygiéniste, denturologiste...etc.
<b>Services dispensés par le dentiste</b> : Cliquez ici pour taper du texte. Ex. : extraction, dentisterie opératoire, sédation consciente, anesthésie générale, etc.
<b>Type de populations prises en charge</b> : Cliquez ici pour taper du texte. Ex. : population générale, population vulnérable (aînés, enfants, TSA, santé mentale), critère de sélection (salaire, âge, référence, etc.)
<b>Problématiques rencontrées</b> : Choisissez un bloc de construction.
<b>Commentaires</b> :

---

<sup>4</sup> Remplir un formulaire par dentiste.

## Annexe 2 : Questionnaire du sondage en ligne

---

Bonjour,

En 2019, le gouvernement a commencé une analyse de l'accès aux soins dentaires au Québec. Nous voulons :

- Connaître les besoins de la population;
- Explorer les solutions possibles pour améliorer l'accès aux soins dentaires;
- Comprendre pourquoi les services couverts (gratuits) ne sont pas utilisés.

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour nous aider à mieux comprendre le problème d'accès aux soins dentaires. Notez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Cette tâche ne vous prendra que quelques minutes et le résultat sera très utile. Vos réponses demeureront confidentielles.

Avant de commencer, l'accès aux soins dentaires fait référence à :

- l'accès physique (ex. : distance raisonnable, attente raisonnable, heures d'ouverture);
- l'accès économique (ex. : capacité à payer les soins dentaires);
- l'acceptabilité (ex. : non-discrimination, respect de la dignité).

\* 1. Pour les questions suivantes, cochez une seule réponse.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Est-ce qu'avoir accès aux soins dentaires est important pour vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que vous pensez que les soins dentaires devraient être couverts pour tous (gratuits) au Québec?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savez-vous s'il y a des soins dentaires couverts (gratuits) actuellement au Québec?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 2. Les populations suivantes ont déjà des soins dentaires de base couverts (gratuits) :

- les enfants de 9 ans et moins
- les personnes bénéficiant de l'aide financière de dernier recours (aide sociale)
- les personnes vivant en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

Qui d'autre devrait avoir en priorité des soins dentaires couverts (gratuits) selon vous?

*Choisissez jusqu'à 3 populations qui sont les plus prioritaires selon vous.*

- Adolescents à faible revenu (10-18 ans)
- Adultes à faible revenu (19-64 ans)
- Aînés à faible revenu (65 ans et plus)
- Personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (trouble du spectre de l'autisme, trisomie, etc.)
- Personnes vivant dans les régions éloignées
- Immigrants récents à faible revenu
- Femmes enceintes
- Personnes en situation de toxicomanie
- Personnes en situation d'itinérance
- Personnes incarcérées
- Autre (veuillez préciser)

\* 3. Plusieurs personnes ayant droit à des soins dentaires couverts (gratuits) ne vont pas chez le dentiste.  
Qu'est-ce qui explique ça selon vous?  
*Cochez toutes les réponses qui vous semblent avoir une influence.*

- les frais cachés, même quand les traitements sont supposés être gratuits
- les cliniques sont trop loin
- le délai d'attente est trop long
- l'horaire des cliniques ne convient pas (ex. : pas ouvert le soir)
- non-respect de la dignité
- sensation de discrimination
- ils ne savent pas qu'ils ont droit à des soins dentaires gratuits
- Je ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 4. Selon vous, quelle serait la meilleure façon de faire connaître les soins dentaires couverts (gratuits)?  
*Cochez toutes les réponses qui vous semblent intéressantes.*

- Séances de discussion dans des organismes communautaires
- Dépliants explicatifs dans les établissements de santé (ex. : CLSC, hôpital, cliniques dentaires)
- Site internet explicatif
- Je ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 5. Quels soins dentaires devraient être couverts (offerts gratuitement) en priorité selon vous?  
*Choisissez jusqu'à 3 soins dentaires qui sont les plus prioritaires selon vous.*

- Prothèses dentaires (dentiers)
- Obturations (plombages)
- Extractions
- Traitements de canal
- Gestion de la douleur / Traitement des urgences
- Examen-nettoyage-radiographies
- Prévention (ex. : application de fluor, scellants)
- Je ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 6. De quelle façon seriez-vous prêt à payer une partie de ce que coûtent les traitements dentaires?  
*Cochez toutes les réponses qui vous semblent intéressantes.*

- Je serais prêt à payer un pourcentage des frais à payer en fonction de mon revenu.
- Je serais prêt à payer un coût d'inscription annuel à une clinique dentaire communautaire.
- Je serais prêt à payer un montant de base par visite.
- Je serais prêt à payer une contribution pour les services plus compliqués si les services de base sont gratuits.
- Je pense que les frais devraient être entièrement gratuits.
- Je ne sais pas.
- Autre (veuillez préciser)

\* 7. Où aimeriez-vous avoir vos soins dentaires?  
*Cochez toutes les réponses qui vous semblent intéressantes.*

- à domicile (clinique dentaire mobile)
- en CLSC
- dans un organisme communautaire
- dans une clinique dentaire
- Je ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 8. Quand aimeriez-vous avoir vos soins dentaires?  
*Cochez toutes les réponses qui vous semblent intéressantes.*

- le jour
- le soir
- la fin de semaine
- je pense qu'une disponibilité 7 jours sur 7 est nécessaire pour les urgences
- Je ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

9. Merci de votre participation! Si vous avez d'autres commentaires, questions ou précisions à apporter, veuillez les inscrire ci-dessous.

### Général :

1. Sur une échelle de 1 à 5, comment direz-vous qu'avoir accès aux soins dentaires est important pour vous?
2. Pourriez-vous vous présenter<sup>5</sup> (nom et d'où vous venez) et dire si vous, ou des gens de votre entourage avez déjà eu de la difficulté à avoir des soins dentaires dans votre vie?

### Populations en situation de vulnérabilité :

3. Est-ce que vous pensez que les soins dentaires devraient être gratuits au Québec?
4. Savez-vous s'il y a des soins dentaires gratuits actuellement au Québec?
  - a. Lesquels et pour qui?
5. Qui devrait avoir des soins dentaires gratuits selon vous?
  - a. Pourquoi?
6. (*au besoin*) Parmi les groupes suivants, qui devrait avoir des soins dentaires en priorité? Pourquoi?
  - a. Adolescents (10-18 ans)
  - b. Personnes âgées (65 ans et plus)
  - c. Personnes à faible revenu (environ moins de 22 000 \$/an pour une personne seule)
  - d. Personnes en région éloignée
  - e. Immigrants récents
  - f. Personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale
  - g. Personnes aux prises avec des problèmes de santé physique
7. Plusieurs personnes ayant des soins dentaires gratuits ne vont quand même pas chez le dentiste. Qu'est-ce qui explique ça selon vous?

### Services à offrir :

8. Quels soins dentaires devraient être offerts selon vous?
  - a. Pouvez-vous les mettre les soins dentaires nommés en ordre d'importance?
9. (*au besoin*) Parmi les choix suivants, qu'est-ce qui est prioritaire selon vous?
  - a. Prothèses dentaires (Dentiers)
  - b. Obturations (plombages)
  - c. Extractions
  - d. Traitements de canal
  - e. Gestion de la douleur / Traitement des urgences
  - f. Examen-nettoyage-radiographies
  - g. Prévention (ex. : application de fluor, scellants)
10. Seriez-vous prêt à payer une partie de ce que coûtent vos traitements dentaires, par exemple :
  - a. Pourcentage des soins à payer en fonction du revenu de la personne
  - b. Coût d'inscription annuel à la clinique dentaire communautaire
  - c. Montant de base par visite

---

<sup>5</sup> Prévoir un questionnaire papier sociodémographique.

d. Services de base gratuits et contribution pour les services plus compliqués

**Lieux :**

11. Avez-vous des difficultés à vous rendre à la clinique dentaire?
12. Où aimeriez-vous avoir vos soins dentaires (ex. : à domicile, en CLSC, dans un organisme communautaire, dans une clinique dentaire, etc.)?
13. Quand aimeriez-vous avoir vos soins dentaires (ex. : jour, soir, fin de semaine, disponibilité 7 jours sur 7 pour les urgences)?
14. Pensez-vous que des hygiénistes ou des dentistes qui se déplacent à domicile serait un service à prioriser?

## Annexe 4 : Atelier 1 du comité consultatif

---

1. Quelles sont les différentes populations en situation de vulnérabilité concernant l'accès aux soins dentaires au Québec selon vous?

2. Parmi ces populations, tentez de dégager des regroupements de populations qui pourraient avoir des points en commun.

3. Identifier les critères qui déterminent l'importance pour un regroupement d'avoir un meilleur accès aux soins buccodentaires (*quelles raisons pourraient donner un avantage à un groupe plutôt qu'à un autre*).

4. Tentez de hiérarchiser les regroupements faits à la question 2 en fonction des critères établis à la question 3.

## Annexe 5 : Atelier 2 du comité consultatif

1. En vous basant sur le panier de services actuel de la RAMQ pour les prestataires d'un programme d'assistance sociale et personnes à charge, que considérez-vous essentiel de « conserver », « créer » et « couper » dans un panier de services éventuel d'un programme visant les populations en situation de vulnérabilité prioritaires lors de l'atelier 1?

Conserver	Créer	Couper
		

2. Hiérarchisez par ordre d'importance les éléments des catégories « Conserver » et « Créer » (numérotez les éléments).

En vous basant sur les réflexions des rencontres précédentes sur les populations à cibler et les services à rendre :

1. Dans quel(s) lieu(x) considérez-vous que ces services devraient être rendus (intégration au niveau micro)?  
*Ex. : Centres hospitaliers, organismes communautaires, CLSC, à domicile, en clinique privée, etc.*
2. Est-ce que les « cliniques » devraient être gérées entièrement par le gouvernement (intégration à un niveau meso et macro)? Que pensez-vous d'une gestion confiée à un OBNL?
3. De quelle façon croyez-vous qu'une contribution par les patients pourrait être demandée? *Ex. : Pourcentage des soins à payer en fonction du revenu de la personne / Coût d'inscription annuel à la clinique dentaire communautaire / Montant de base par visite / Services de base gratuits et contribution pour les services plus compliqués, etc.*

**En vous basant sur les réflexions des rencontres précédentes sur :**

- a) Les populations à cibler : barrières financières, cognitives, physiques/géographiques
- b) Les services à rendre : prévention et 1<sup>e</sup> ligne
- c) Logistique : hôpitaux et CLSC

**1. Avec quels types de professionnels pensez-vous que les professionnels du domaine dentaire devraient collaborer? La collaboration entre ces professionnels se situerait à quel niveau (donner des exemples)?**

**2. Comment voyez-vous la maximisation de l'apport des différents professionnels dentaires dans un modèle de clinique dentaire (ex. : modernisation de la pratique des hygiénistes dentaires)?**

**3. Comment intégrer des représentants de la population dans un modèle de clinique dentaire?**

## Annexe 8 : Atelier 5 du comité consultatif (rencontre finale)

En vous basant la présentation à laquelle vous venez d'assister, ainsi que sur votre lecture du rapport d'accès aux soins dentaires<sup>6</sup>:

1. Est-ce que la section 4 - Planification du rapport (pages 38 à 44) correspond aux discussions tenues dans le cadre du comité consultatif;  
a) Y a-t-il des ajouts à effectuer selon vous ?

b) Y a-t-il des retraits à effectuer selon vous ?

2. Les 4 priorités d'action vous ont été présentées (page 38 du rapport) : dans quel ordre souhaiteriez-vous les voir en ayant en tête le bien-être de la population et pourquoi ?

3. Quels rôles pourraient ou devraient avoir les étudiants en médecine dentaire et en hygiène dentaire dans les projets pilotes présentés ?

4. Sur cette échelle de 1 à 10, indiquez votre niveau de satisfaction quant à la planification présentée.



<sup>6</sup> Le rapport dont il est question est le rapport actuel, mais dans une version de travail précédente.

## Références

---

- 1 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, [Fichier PDF], 2017, 68 p. [[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE\\_CWF\\_2016\\_Rapport\\_Resultats.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf)].
- 2 PARADIS, P.E., et Y. LABRIE. *Portrait économique et contribution du secteur privé en santé au Québec*, [Fichier PDF], Rapport présenté au Comité santé de la Fédération des chambres de commerce du Québec, 2018, 118 p. [<https://cepsem.ca/wp-content/uploads/2018/10/Secteur-prive-en-sante-FCCQ-Rapport-final-amende-19-7-2018.pdf>].
- 3 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, [Fichier PDF], 2017, 68 p. [[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE\\_CWF\\_2016\\_Rapport\\_Resultats.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf)].
- 4 HURTEAU, P. *Le coût des soins dentaires au Québec*, Fiche économique, [Fichier PDF], Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2018, 4 p. [<https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/2018-02-Fiche-IRIS-Soins-dentaires.pdf>].
- 5 LABRIE, Y. *Les soins dentaires au Canada : le secteur privé répond efficacement à la demande*, chapitre 3, [Fichier PDF], Institut économique de Montréal, 2015, 8 p. [[https://www.iedm.org/files/chap3-cahier0115\\_fr.pdf](https://www.iedm.org/files/chap3-cahier0115_fr.pdf)].
- 6 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Le ratio 70/30 : le mode de financement du système de santé canadien*, [Fichier PDF], 2005, 147 p.
- 7 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Requêtes au système ORIS*, Compilation, CISSS du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, 2019.
- 8 PERES, M.A., et autres. « Oral diseases : a global public health challenge », [En ligne], *The Lancet*, série oral health, vol. 394;10194, 2019, p.249-60. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31146-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31146-8/fulltext)].
- 9 SCHROTH, R.J., et autres. « Treating Early Childhood Caries Under General Anesthesia: A National Review of Canadian Data », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 82, 2016, p. 1488-2159.
- 10 ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. « L'état de la santé buccodentaire au Canada – Qu'est-ce que la santé buccodentaire? », [En ligne], 2017. [<https://www.cda-adc.ca/etatdelasantebuccodentaire/global/>].
- 11 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Banque de rémunération RAMQ, données 2019-2020*, Compilation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, non publié, 2020.
- 12 REIS, H.T., et H.S. HODGINS. « Reactions to craniofacial disfigurement: Lessons from the physical attractiveness and stigma literatures », *Craniofacial Anomalies. Psychological Perspectives*, 1995, p. 177-198.
- 13 TOBIASEN, J.M. « Social psychological model of craniofacial anomalies: Example of cleft lip and palate », *Craniofacial Anomalies. Psychological Perspectives*, 1995, p. 233-257.
- 14 HELLER, A., W. TIDMARSH et I.B. PLESS. « The psychosocial functioning of young adults born with cleft lip or palate », *Clinical Pediatrics*, vol. 20, n° 7, 1981, p. 459-465.
- 15 POISSANT, J. *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, [Fichier PDF], Institut national de santé publique du Québec, 2014, 49 p. [[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771\\_CondSucActDeveEnfEtatConn.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnfEtatConn.pdf)].
- 16 DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1973, 800 p.
- 17 LAVERDIÈRE, F. *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, [Fichier PDF], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, 46 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>].
- 18 GREENE, J.C., V.J. CRACELLI et W.F. GRAHAM. « Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs », *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 11, n° 3, 1989, p. 255-274.

- 
- 19 RAINVILLE, M. *Guide d'organisation d'un forum de discussion*, [Fichier PDF], Institut national de santé publique du Québec, 2008, 46 p. [[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/854\\_TroussSecuriteCollLocales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/854_TroussSecuriteCollLocales.pdf)].
- 20 Sackael R (2018). « Evaluation of different oral care systems :results for Germany and selected highly developed countries. An update of a former study », *Dental, oral and craniofacial research*, 4;4, p.1-8, en ligne : <https://www.oatext.com/pdf/DOCR-4-261.pdf>
- 21 GFDI. « Atlas Dental », [Fichier PDF], 2019, 84 p. [[https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas\\_Dentalstudie\\_2018\\_EN.pdf](https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas_Dentalstudie_2018_EN.pdf)].
- 22 BROCKLEHURST, P., et autres. « Determining the optimal model for role substitution in NHS dental services in the UK: A mixed-methods study », [En ligne], *National Institute for Health Research*, vol. 4, n° 22, 2016. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27512742/>].
- 23 ZAITSY, T., T. SAITO et Y. KAWAGUCHI. « The oral healthcare system in Japan », [En ligne], *Healthcare*, vol. 6, n° 3, 2018, p. 79. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163272/>].
- 24 NEUMANN, D.G., et C. QUINONEZ. « A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada and Brazil », [En ligne], *Working Papers Series*, vol. 1, n° 2, 2014, 18 p. [<http://ncohr-ccrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/garbinneumann.pdf>].
- 25 ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ. *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*, [Fichier PDF], 2014, 105 p. [[https://secureservercdn.net/166.62.107.204/cpp.178.myftpupload.com/wp-content/uploads/2015/07/Access\\_to\\_Oral\\_Care\\_FINAL\\_REPORT\\_FR.pdf](https://secureservercdn.net/166.62.107.204/cpp.178.myftpupload.com/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf)].
- 26 BLOMQUIST, A., et F. WOOLEY. *Filling the Cavities: Improving the Efficiency and Equity of Canada's Dental Care System*, [En ligne], Institut CD Howe, 2018. [<https://www.cdhowe.org/public-policy-research/filling-cavities-improving-efficiency-and-equity-canada%E2%80%99s-dental-care-system>].
- 27 STATISTA. *Population density of the United States from 1790 to 2018 in residents per square mile of land area*, [En ligne], 2020. [<https://www.statista.com/statistics/183475/united-states-population-density/>].
- 28 GFDI. « Atlas Dental », [Fichier PDF], 2019, 84 p. [[https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas\\_Dentalstudie\\_2018\\_EN.pdf](https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas_Dentalstudie_2018_EN.pdf)].
- 29 BIGGS, A. *Dental reform: An overview of universal dental schemes*, [Fichier PDF], Parliament of Australia, 2012, 13 p. [[https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/1438909/upload\\_binary/1438909.pdf](https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/1438909/upload_binary/1438909.pdf)].
- 30 NIKOLOVSKA, J. « An analytic study of oral healthcare system in some EU countries », [En ligne], *Balkan Journal of Stomatology*, vol. 12, p. 47-50, 2008. [<https://pdfs.semanticscholar.org/33d8/bfa998a5de532f446d31599c9a8c0dbbad1c.pdf>].
- 31 WOODS, N., et S. AHERN. *Oral health policy academic reference group*, Oral Health Policy Academic Reference Group, Irlande, 2016.
- 32 ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ. *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*, [Fichier PDF], 2014, 105 p. [[https://secureservercdn.net/166.62.107.204/cpp.178.myftpupload.com/wp-content/uploads/2015/07/Access\\_to\\_Oral\\_Care\\_FINAL\\_REPORT\\_FR.pdf](https://secureservercdn.net/166.62.107.204/cpp.178.myftpupload.com/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf)].
- 33 STATISTIQUE CANADA. « Chiffres de population et des logements – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2011 », [En ligne]. [<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Table-Tableau.cfm?LANG=Fra&T=101&SR=1&S=10&O=D>].
- 34 NISHIDE, A., et autres. « Income-Related Inequalities in Access to Dental Care Services in Japan », [En ligne], *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, n° 5, 2017, p. 524. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5451975/>].
- 35 ZAITSU, T., T. SAITO et Y. KAWAGUCHI Y. « The Oral Healthcare System in Japan », [En ligne], *Healthcare*, vol. 6, n° 79, 2018. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163272/pdf/healthcare-06-00079.pdf>].
- 36 STATISTICS BUREAU OF JAPAN. « Population Census », [En ligne], 2020. [<http://www.stat.go.jp/english/data/index.html>].
- 37 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES. « Estimations de population avec incapacité en 2012 : le Québec et ses régions administratives », [Fichier PDF], Direction de l'évaluation et du soutien à la mise en œuvre de la loi, 2018, 80 p. [[https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Estimations\\_de\\_population\\_2012/DOC\\_Estim\\_pop\\_2012\\_PROV.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Estimations_de_population_2012/DOC_Estim_pop_2012_PROV.pdf)].

